МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН - СВЕТИ НИКОЛЕ - БИТОЛА - Р.МАКЕДОНИЈА
СВЕТИ НИКОЛЕ: ул. Маршал Тито 77; 032 440 330; 032 440 202; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
БИТОЛА: ул. Новачки Пат бб; 047 238 077; 047 222 503; e-mail: info@slavinst.edu.mk;
www.msu.edu.mk

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

НАСОКА: **КЛИНИЧКА И СОВЕТОДВНА ПСИХОЛОГИЈА 4+1**

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

ТЕМА:

ЕВАЛУАЦИЈА НА ЕФЕКТИВНОСТА НА ПСИХОЛОШКАТА ПОДДРШКА И ПСИХО-СОЦИЈАЛНАТА ПОМОШ НА ЖЕНИ ОНКОЛОШКИ ПАЦИЕНТИ

Ментор:
доц д-р Ана Чучкова

Кандидат:
Розита Андонова
M203015

Свети Николе, мај 2023

Огромна благодарност, љубов и поврзаност чувствувам кон жените од групата „Љубов сме/ Jemi Dashuri“ со кои работевме онлајн групна психотерапија на платформата Зум (ZOOM) секоја среда во 18:00 часот, во текот на повеќе од две години.

Благодарност, љубов и почит чувствувам за нашата Мими – Мирјана Јовановска Стојановска, која ја формираше и ја води Групата за психолошка помош и поддршка и со целосна доверба ми овозможи и мене да ја водам оваа Група.

Благодарна сум што имам прекрасна колешка со која можам да дискутирам и да размислувам гласно.

Овој мој труд го посветувам на

мама,

на мојот сопруг и

на моите деца, кои го полнат моето срце.

СОДРЖИНА

ВОВЕД 7
I ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ 9
МАЛИГНА БОЛЕСТ 9
Класификација на малигните болести 10
Влијание на малигната болест 10
Епидемиологија на малигната болест 12
ОНКОЛОГИЈА 14
ПСИХООНКОЛОГИЈА 17
Историски развој на психоонкологијата 17
ПСИХОСОЦИЈАЛНИ АСПЕКТИ НА ОНКОЛОШКИТЕ БОЛЕСТИ 23
Психосоцијален дистрес 28
Предложени интервенции 31
Анксиозност 33
Преваленца на анксиозност кај онколошки пациенти 33
Анксиозност кај онколошките пациенти 34
Знаци и симптоми на анксиозноста 36
Психосоцијални интервенции за третман на анксиозност кај онколошки пациенти 39
Депресија 40
Преваленца на депресија кај онколошки пациенти 41
Депресија кај онколошките пациенти 42
Психосоцијални интервенции за третман на депресија кај онколошки пациенти 47
ПСИХОСОЦИЈАЛНА ПОМОШ И ПОДДРШКА КАЈ ОНКОЛОШКИ ПАЦИЕНТИ 47
Психосоцијални интервенции 48
Психотрапија 50
Група за психолошка помош и поддршка 54
Методи 56
Резултати од работилниците 57
Резултати од истражувањето 59
Дискусија 65

II МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ 67
ПРЕДМЕТ И ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 67
Истражувачки проблем 68
Задачи на истражувањето 68
Истражувачки хипотези 68
МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 68
Метод 69
Популација и примерок 69
Варијабли 69
Мерни инструменти 69
III АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 73
Статистички анализи 73
Резултати од дескриптивна статистика 73
Корелација 80
Т – тест 85
ДИСКУСИЈА 87
ЗАКЛУЧОК 89
ПРЕПОРАКИ 90
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 91
ПРИЛОЗИ 95

Листа на табели

Табела бр. 1 - Приказ на застапеност на нови случаи на канцер по примарна локализација, број на случаи и процент на застапеност 11

Табела бр. 2 - Приказ на нови случаи на канцер по старосна група и пол……..…..….. 12

Табела бр. 3 - Десет најчести примарни локализации на рак кај жени во Република Македонија за 2020 година по категории……...… 12

Табела бр. 4 - Опис на фази на тагување 23

Табела бр. 5 - Преглед на анксиозните растројства според Дијагностички статистички прирачник за менталните нарушувања – 5 (DSM-5) 35-36

Табела бр. 6 - Дијагноза на депресивно растројство според МКБ – 10 41

Табела бр. 7 – Приказ на резултати од MHI при почеток на друпата и по две години... 57-62

Табела бр. 8 – Табеларен приказ на примерок 66

Табела бр. 9 – Корисници на психолошка помош и поддршка 70

Табела бр. 10 – Корисници на психотераписки интервенции и третмани 71

Табела бр. 11 – Членови на група за самопомош 71
Табела бр. 12 – Членови во здружение 71

Табела бр. 13 - Ментално здравје по однос на психолошка поддршка и психосоцијална помош 72
Табела бр. 14 - Дескриптивна статистика за пост-трауматски раст 73

Табела бр. 15 – Дескриптивна статистика за стрес 74

Табела бр. 16 – Дескриптивна статистика за анксиозност 75
Табела бр. 17 – Дескриптивна статистика за депресија 76

Табела бр. 18 – Пирсонов коефициент на корелација за ниво на ментално здравје 77

Табела бр. 19 – Корелации помеѓу варијабли 79-80

Табела бр. 20 – Т – тест 81-82

Листа на прилози

Прилог бр. 1 – Краток прашалник за менталното здравје - MHI 5 91

Прилог бр. 2 – Скала на стрес, анксиозност и депресија - DASS …….....……. 92

Прилог бр. 3 – Инвентар на пост-трауматски раст - PTGI 93-94

Апстракт

Целта на ова истражување е да се направи евалуација на психосоцијалната помош и поддршка, односно да се укаже на бенефитот од организирање и работа на групи за давање на психсоцијална помош и поддршка.

Групата за психолошка помош и поддршка е организирана со цел учесниците да се запознаат со психолошкиот аспект на малигната болест и механизмите за справување со психолошките потешкотии, да се поврзат меѓусебно, да стекнат впечаток дека не се сами и дека не се единствени кои се соочуваат со исти или слични потешкотии во процесот на справување со болеста, да добијат и споделат информации и искуства (психосоцијален аспект) во една топла, сигурна и слободна средина.Групната психотерапија и работилниците од овој тип допринесоа за промени во однос на ставот кон важноста од зачувувањето и унапредувањето на менталното здравје, прифаќањето на емоционалните реакции како прифатливи, „нормални“ и човечки и отвореноста кон психотерапијата.

Токму постоењето на Групата за психолошка помош и поддршка и согледувањето на бенефитот од неа поттикна да се направи истражување за ефективноста од психолошката помош и поддршка кај онколошки пациенти.

Испитаничките кои користат психосоцијална и психолошка поддршка добиваат информации, емоционална поддршка, користат некои од експресивните техники, работат на вештини и работат на себе и на надминување на емоционалните потешкотии. Резултатите од ова истражување укажуваат на позитивното влијание од психолошката помош и поддршка. Психолошката помош и поддршка во значајна мера влијае на подобрување на нивото на општото ментално здравје и на намалување на последиците од карциномот по однос на менталното здравје, односно влијае на намалување на стресот, анксиозноста и депресијата и влијае за посттрауматски раст.

Клучни зборови: ментално здравје, психосоматика, психоонкологија, стрес, траума, анксиозност, депресија, психолошка поддршка, психосоцијална помош

ВОВЕД

Синонимите канцер, малигна болест, рак кај голем број луѓе будат асоцијации на тешка здрвствена состојба, мачење, болки, неизвесност и смрт, што предизвикува интензивни емоционални реакции. Дијагнозата на канцер, многумина ја доживуваат како закана за сигурноста и уредноста во животот. Лицата кои се соочуваат со дијагноза на малигна болест, освен со болеста се соочуваат и со бројни предизвици кои доаѓаат заедно со неа. Еден од предизвиците е стигмата, која понекогаш боли повеќе и од самата болест.

- „Кога дознаа моите пријатели за мојата дијагноза, исчезнаа како да пропаднаа во земја“.
- „ Кога ме виде комшивката без коса, не можеше да ме погледне во очи“.
- „Кога се вратив од боледување, добив преместување на друго работно место“.

Дијагнозата на малигна болест кај пациентот предизвикува многу поинтензивни емоционални реакции во споредба со дознавањето на дијагнозата на некоја друга болест. Во современата медицина доминантен е холистичкиот био-психо-социјален модел кој не е усмерен само на дијагностика и лечење, туку и на идентификација на психолошките, социјалните, духовните потреби и етичките дилеми на пациентот и сеопфатното планирање на третманот на пациентот во склад со сите наведени аспекти.

Сократ рекол „не може да се лечи телото, ако не се лечи душата“.

Но, како да се лечи душата, кога не може да се лечи телото!?

Во нашата земја, онколошките пациенти честопати се соочуваат со недостаток на терапија. Или ја нема или е премногу скапа.

- „Како да работам на психата, кога одам на онкологија на редовна терапија и онкологот ми вели: Нема терапија“.

Психологот или психотерапевтот не можат да го решат овој проблем, но кога за ова ќе се поразговара во група за психолошка поддршка, тогаш може да се добие некаква информација околу тоа каде и кога може да се набави лекот.

Во групата никој не се чувствува сам. Таму се влегува со добронамерност, се споделуваат емоции, се споделуваат проблеми и секој се чувствува подеднакво важен. Во групата се плаче, „на група“ се пее.

Иако е ретка и малку застапена во Македонија, сепак постои психолошка поддршка и психо-социјална помош на онколошките пациенти. По иницијатива на Комората на психолози на Република Македонија, Клиниката за онкологија, Здружението на онколошки пациенти „Љубов сме/ Jemi Dashuri“ и „Амигдала“ оформена е Група за психолошка помош и поддршка со примена на психодрамски терапевтски пристап.

Во 2020 година се случи пандемијата со Ковид-19 и истата група продолжи да функционира онлајн заради условите кои го налагаа тоа. Тоа беше време исполнето со неизвесност и разни предизвици. Функционирањето на Групата за психолошка помош и поддршка онлајн, овозможи да се вклучат во групата онколошки пациенти од територијата на целата наша држава.

Групата беше отворена за пациенти без оглед на пол, но мажи се вклучија многу малку и многу ретко. Моето учество во групата како психолог, психодрама терапевт ме поттикна да го спроведам ова истражување, затоа што во период од речиси три години имав можност да ја доживеам групата на онколошки пациенти од секој нејзин аспект и да ги забележам промените и растот кај членовите. За жал во групата се соочивме и со смртта која не остави без наши драги членки. Но, оваа група продолжува сплотено и храбро да си го живее животот.

I ТЕОРЕТСКИ ДЕЛ

МАЛИГНА БОЛЕСТ

Малигна неоплазма, малиген тумор, рак или канцер е општ термин со кој се опишуваат преку стотина болести (Adami, Hans-Olov, Hunter, David, Trichopoulos, Dimitrios, 2002) за кои е карактеристично нарушувањето во ДНК на клеточно ниво во делот кој е задолжен за контрола на растот и репродукцијата на клетките.

Иако секој вид на канцер е единствен и се карактеризира со со свој сет на генетски промени и особини, сепак сите видови канцер имаат некои заеднички карактеристики (Hanahan D, Weinberg RA,2000). Малигниот процес претставува патолошки и неконтролиран раст на клетките кои преку крвта и лимфниот систем се шират во околното ткиво и на различни телесни органи, стварајќи неправилно диференирани клетки и групи клетки, односно неоплазми или метастази.

Во нормално, здраво ткиво постои рамнотежа помеѓу создавањето на нови клетките, кои се создаваат преку клеточна делба и губењето на старите оштетени клетки преку апоптоза - клеточна смрт (Hengartner, 2000). Тоа е нормален и неопходен процес за да се освежи телото со нови и здрави клетки.

Кај појава на малигна болест овој процес е нарушен, при што преживуваат старите и оштетени клетки кои би требало да изумрат, а се стварааат и нови, иако не се потребни, со што доаѓа до натрупување на клетки кои стварааат туморска маса. Заради една или повеќе мутации (наследни или стечени) во својата ДНК, нормалната клетка станува малигна. Малигните клетки се разликуваат од нормалните клетки по неконтролирана полиферација, диференцијација и губиток на функцијата, инвазивност и метазстазирање.

Канцерот е малиген тумор и неговите клетки се шират во околното ткиво, но исто така, со растот на туморската маса некои клетки може да отпатуваат преку крвта или лимфниот систем во друг дел од телото и да формираат нови туморски маси, односно метастази.
Иако, бенигните тумори не се шират како малигните тумори и ако се отстранат во поголем дел не се појавуваат повторно, сепак понекогаш можат да го загрозат животот заради механичкиот притисок на околното ткиво на некој орган.

Класификација на малигните болести

Малигните болести може да бидат класифицирани според видот клетки од кои се создадени, според ткивото кое е зафатено со малигни клетки и според органите кои заболеле.

Малигните болести, спрема видот на клетки од кои се создани, се делат на карциноми и саркоми. Карциномите се создадени од епителни клетки, а саркомите од мезенхимски клетки.

Малигните болести, според ткивото кое е зафатено со малигни клетки се делат на:

- Карциноми - епителни неоплазми
- Саркоми – неоплазми на сврзното ткиво
- Лимфоми – неоплазми на лимфниот систем
- Тератоми – неоплазми на герминативното ткиво
- Леукемии – неоплазми на крвта и коскената срж

Влијание на малигната болест

Во земјите каде здравствените системи се силни, стапките на преживување на многу видови на канцер се подобруваат благодарение на достапното рано откривање, квалитетниот третман и грижата за преживување. Искуствата укажуваат дека третманот е поефективен кога канцерот е рано идентификуван и со тоа се зголемува веројатноста за преживување, се намалува морбидитетот и третманот е поевтин. Раната дијагноза и скринингот се две различни стратегии кои промовираат рано откривање.

Со рана дијагноза се идентификуваат симптоматските случаи на канцер во најраната можна фаза, а скринингот се применува со цел да ги идентификува лицата со абнормалности што укажуваат на специфичен карцином или пред-канцер кои немаат развиено никакви симптоми и веднаш да ги упати на дијагноза и третман.

Холистичкиот био-психо-социјален пристап, кој е доминантен во современата медицина, не е усмерен само на дијагностика и лечење, туку и на идентификација на психолошките, социјалните, духовните потреби и етички дилеми на пациентот и сеопфатно планирање на третманот на пациентот во склад со сите наведени аспекти (Holland,2003).

На телесен план, карциномот може да предизвика значајни промени во телото и доживување на телото од страна на пациентот. Типот на карциномот и неговата „видливост“ или „невидливост“ на телото на пациентот, неговиот степен, биолошките карактеристики и ефекти од лечењето (на пр. телесни мутилации, стома, малигна болка, мачнина и повраќање, губиток на коса, умор) се од особена важност во различните емоционални одговори на болниот.

Освен тоа, постојат и други телесни и биолошки последици од карциномот, како што се влијанието на функционалната активност, чувство на зависност од помош од други, влијание на сексуалноста итн.

Од психолошки аспект, онколошките пациенти може да се соочат со емоционална нестабилност (анксиозност, страв, загриженост, тага), неизвесност, промена на перспективата во однос на идninата, закана од можна смрт, чувство на осаменост, напуштеност, маргинализација, стигматизација итн.

На духовно ниво, може да дојде до интерперсонални проблеми во односот со членови од семејството, пријателите и поширокатa општествена заедница.

Во текот на различни фази од болеста (дијагноза, активно лечење, отпуст од болница, следење, преживување на карциномот, палијативна медицина) и текот на лечењето (ремисија, рецидив, прогресија, терминална фаза) сите овие фактори може да се менуваат со различни психолошки последици.

Епидемиологија на малигната болест

Канцерот е втора водечка причина за смрт на глобално ниво, со околу 9,6 милиони смртни случаи, или една од шест смртни случаи 2018 година (WHO,2018).

Во Македонија во 2020 година се регистрирани нови 6638 нови случаи на малигна болест. Најчест е канцерот на бели дробови и бронхии – 924 случаи, 13,9 %, канцер на дојка – 784 случаи, 11,8 % и канцер на кожа – 742 случаи, 11,2% (Регистар за рак на Република Северна Македонија, 2020). Најчести локализации на рак кај жени биле на дојка 25.1%, на кожа 9.9% и 6.9% тело на утерус.

Табела бр 1 – Приказ на застапеност на нови случаи на канцер по примарна локализација, број на случаи и процент на застапеност

Регистар за рак/ Cancer Registry

Десет најчести примарни локализации на рак Република Северна Македонија за 2020 година

Ten Most Frequent specified Cancer sites in Republic of North Macedonia 2020

Табела/ Табле 7

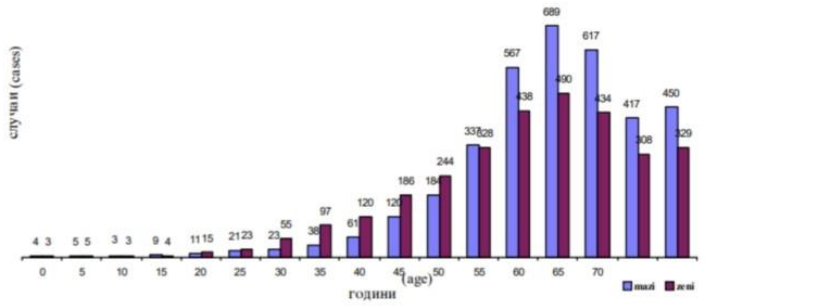
Код Code	**Примарна локализација** Primary Sites	**број** Cases	**%**	**Ст/100.000** CR/100.000
	Сите примарни локализации ***All Primary Sites***	***6638***		***319.98***
C34	Бронх и бел дроб Bronchus and lung	924	13.92	44.54
C50	Дојка Breast	784	11.81	37.79
C44	Други на кожата Other of skin	742	11.18	35.77
C18	Колон Colon	395	5.95	19.04
C61	Простата Prostata	335	5.05	16.15
C16	Желудник Stomach	271	4.08	13.06
C20	Ректум Rectum	267	4.02	12.87
C67	Мочен меур Bladder	239	3.60	11.52
C54	Тело на утерус Corpus uteri	213	3.21	10.27
C25	Панкреас Pancreas	212	3.19	10.22
	Други малигни заболувања Other	*2256*	*33.99*	*108.75*

Табела бр. 2 - Приказ на нови случаи на канцер по старосна група и пол

Регистар за рак/ Cancer Registry

(2020)

Слика/ Figure 3



Табела бр.3 – Десет најчести примарни локализации на рак кај жени во Република Македонија за 2020 година по категории

Регистар за рак/ Cancer Registry

Десет најчести примарни локализации на рак кај жени во Република Македонија за 2020 година по категории

Ten Most Frequent specified Cancer sites among Females in Republic of North Macedonia 2020

Табела/ Табле 9

Код Code	Примарна локализација Primary Sites	број Cases	%	Ст/100.000 CR/100.000
	Сите примарни локализации All Primary Sites	***3082***		***297.62***
C50	Дојка Breast	774	25.11	74.74
C44	Други на кожата Other of skin	304	9.86	29.36
C54	Тело на утерус Corpus uteri	213	6.91	20.57
C34	Броих и бел дроб Bronchus and lung	209	6.78	20.18
C18	Колон Colon	168	5.45	16.22
C53	Цервикс на утерус Cervix uteri	152	4.93	14.68
C56	Овариум Ovary	121	3.93	11.68
C25	Панкреас Pancreas	93	3.02	8.98
C16	Желудник Stomach	91	2.95	8.79
C20	Ректум Rectum	90	2.92	8.69
	Други малигни заболувања Other	*867*	*28.13*	*83.72*

ОНКОЛОГИЈА

Онкологија (грчки - ὄγκος – *онкос* – куп,маса + λογos – *логос* - наука, знаење,учење) е специјализирана гранка од медицината, односно интердисциплинарна наука која ги проучува причините, факторите, превенцијата, појавата, растот и лечењето на туморите. Во таа насока се применуваат истражувања од областа на биохемијата, генетиката, нуклеарната медицина, имунологијата, физиологијата, патологијата, хирургијата и многу други експериментални и клинички гранки. Основните дејности на онкологијата се:

❖ Дијагноза на канцер

Некои медицински состојби и неспецифични симтоми може да бидат основи за понатамошни испитувања, што подразбира различни аспекти на применети медицински знаења и вештини од физички преглед до многубројни дијагностички методи.

Дијагностички методи кои се применуваат за откривање, дијагностицирање, но и за утврдување на оперативноста на канцерот:

- биопсија или ресекција
- ендоскопија, цитоскопија, бронхоскопија, назендоскопија
- Икс- зраци, КТ, МРИ скенирање, ултразвук и други радиолошки техники
- сцинтиграфија, еднофотонска емисија на КТ (СПЕЦТ) , ПЕТ
- тестирање на крв, тумор маркери.

❖ Терапија

Постојат три општи типови на терапија за канцер:

- Терапија со зрачење

Со терапија со зрачење се создаваат тридимензионални модели на туморот и околното здраво ткиво. Терапијата со зрачење е насочена само на туморот, а здравите ткива не се третираат (како лупа која фокусира светлина).

- Хируршка терапија

Со хируршка операција се отстранува туморот. Кај некои видови малигни неоплазми може да се отстрани целиот тумор, а кај некои не е можно да се отстрани целосно. Исто така, оперативно може да се отстранат и бенигни израстоци.

- Системска терапија

При системска терапија се користат лекови кои влијаат на целото тело: хормони, хемотерапија, насочена терапија, антитела (херцептин), вакцини, модулатори на биолошки оговор, интегративна онкологија, имуномодулатори.

❖ Контрола на заболените од канцер и по излекувањето

Примена на различни дијагностички методи и прегледи за утврдување на состојбата.

❖ Палијативна нега

Палијативна нега е сеопфатна здравствена, психолошка, социјална и духовна грижа со цел да се обезбеди потребната нега, да ја ублажи болката и да го подобри квалитетот на живот на пациенти со неизлечива болест, којашто значително го скратува животниот век.

❖ Етички прашања

Во онкологијата постојат многубројни етички прашања и дилеми поврзани со онколошките пациенти за кои се потребни добри комуникациски вештини, сензитивност и искуство. Некои од нив се однесуваат на информирањето на пациентот за неговата здравствена состојба, вклучување на пациентот во некои клинички испитувања, како и повлекување од активен третман.

❖ Скрининг

Превентивни прегледи на населението или превентивни прегледи на лица во чии семејства има заболени од тип на канцер кој се смета за наследен.

❖ Истражувања

Во секоја област на онкологијата се вршат истражувања со цел да се унапреди разберањето и лечењето на канцерот.

ПСИХООНКОЛОГИЈА

Психоонкологијата е научна дисциплина на базично ниво на истражувања и на практично ниво на пружање на адекватна психолошка подршка и психотераписка помош на лица заболени од различни малигни болести и на нивните семејства (Klikovac,2013).

Во поширок домен, предмет на проучување на психоонкологијата е проучување на влијанието на психичките фактори во рамки на мултидимензионалното разбирање на различните малигни болести и вклучува дијагностички, тераписки, едукативни и истражувачки активности на психијатрите и психолозите во онколошките тимови и институции (Gregurek, Braš, 2008).

Во поконкретни рамки, психоонкологијата ги проучува психолошките, социјалните, бихејвиоралните, духовните и етичките проблеми на лицата заболени од различни онколошки болести (Holland, 2003).

Психоонкологијата се развива како една од субспецијализациите на онкологијата во последните триесеттина години и како таква е насочена на похуман и посензитивен пристап во грижата за заболените од малигни болести, со посебен осврт на проучување и делување на две психолошки димензии на малигната болест:

- Психолошки реакции на малигната болест и лекување, на пациентот, неговото семејство и медицинскиот тим.
- Психо-социјални, бихевиорални и ризико-фактори кои влијаат на појава на малигна болест и влијанието на овие фактори на преживувањето и квалитетотот на животот кога се јавила малигната болест.

Историски развој на психоонкологијата

Во минатите векови дијагнозата Рак била синоним и асоцијација за особено тешка и застрашувачка состојба, патење, неизвесност и смрт. Се сметало дека е сурово и нехумано да му се открие на вистината на пациентот, затоа што се претпоставувало дека пациентот ќе изгуби надеж и ќе се предаде пред болеста, така да, само семејството добивало соодветните информации за се` што е поврзано со болеста и лекувањето.

На почетокот на дваесеттиот век, хируршкиот третман за отстранување на малигните тумори станал возможен со откривањето на анестезијата и примената на антисепса, со која се намалиле постоперативните инфекции.

По откривањето на радијацијата од Марија Кири, радијацијата била вклучена како третман за рак, но често по хируршки неуспех, затоа што дозата за зрачење била слабо калибрирана и изгорениците биле вообичаена појава.

Со подобрувањето на третманот на малигната болест, се појавиле и кампањи за јавно здравје. Во Европа започнале образовни програми со цел да ги информираат луѓето за рани симптоми на рак, кои можат да се излечат оперативно. Во Америка во 1913 година било формирано Американското здружение за рак, со што бил направен првиот обид да се унапреди знаењето за симптомите, третманот и превенцијата на ракот и да се променат уверувањата на јавноста за немоќта во справувањето и лечењето на ракот. Развојот на медицината и социо-културните промени во Америка и светот допринеле да се акумулираат знаења и да се менува општествената свест во однос на малигните болести.

Почетокот на психоонкологијата се поврзува со психоаналитичкото сфаќање на болеста, а тоа значи дека раната семејна динамика, трауматските настани од детството, несвесните сексуални конфликти и цртите на личноста се доведувале во етиолошка врска со појавата на малигните заболувања (Klikovac,2013). Подоцна, од овој пристап се развиле две области релевантни за малигните болести: психо-невро-имунологија и консултатитвна – liaison психијатрија.

Околу 1930 година психоаналитичари од Европа емигрирале во Америка. На почетокот на триесеттите години од минатиот век, воглавно благодарение на работата на неколку психијатри - психосоматичари, Фландерс Данбар во Њујорк, Франц Александер на Психоаналитичкиот институт во Чикаго и Херолд Волф на Њујоршкиот Корнел универзитет, доаѓа до постепено структурирање, од една страна психосоматската медицина, која ги проучува телесните болести за чија појава психичките фактори иаат особено значајно влијание, а од друга страна консултативната - liaison психијатрија, која ги проучува и ги лечи психичките растројства кај физички заболените пациенти во тек на нивната хоспитализација на други одделенија (Adamović, 2005).

Потоа, следуваат извештаи и статии за психолошките реакции на пациентите на малигната болест и лекувањето. Во педесеттите години, Абрамс и Финенсингер пишувале за вината и срамот како најсилни психолошки реакции на онколошките пациенти, кои укажуваат на стигматизирање и маргинализирање на онколошките пациенти во општеството. Следуваат публикации на трудови, на група автори од Општата болница во Масачусетс, за промена на образецот на комуникација на пациентите во текот на различните фази на лечење, со што се укажало на тоа дека комуникацијата на лекарите со пациентите се менува и станува се покомплицирана и подистанцирана со прогресирањето на болеста, особено што во тоа време, лекарите не биле доволно едуцирани и спремни да разговараат отворено со пациентите за дијагнозата и за лошата прогноза за болеста.

Во педесеттите години, автори од Општата болница во Масачусетс и од МСКЦЦ публицирале неколку важни трудови кои денес се сметаат за пионерски во областа на психоонкологијата, а истовремено во истите институции се формирани мултидисциплинарни тимови, кои започнале клиничка и истражувачка работа во областа на психоонкологијата и првите едукации на медицинскиот персонал во врска со психолошките аспекти на малигните заболувања. Во 1958 година е објавен еден од првите научни трудови кој се однесувал на опсервацијата и описот на психолошките карактеристики на децата заболени од леукемија и опис на семејната динамика на малите пациенти (Klikovac,2013).

Во периодот кога биле објавени, овие трудови не биле препознаени од страна на стручната медицинска јавност, затоа што сеуште не била воспоставена соработка помеѓу психолозите, психијатрите и онколозите и психоонкологијата не била дефинирана како научна дисциплина. Во 1952 година Стенли Коб, директор на психијатриската клиника во Општата болница во Масачусетс ја дефинирал основната цел на психосоматската медицина, а особено на психоонкологијата: „креирање област на делување кое е им овозможи на припадниците на хуманистичките професии (психијатри, психолози, психотерпевти) заедничка работа со останатите клиничари (интернисти, хирурзи, педијатри, онколози, радиолози) и давање на адекватна психолошка поддршка и психотераписка помош на онколошките пациенти и нивните семејства“.

Со дефинирањето на целта, се променил ставот и комуникацијата на медицинскиот тим со најтешките пациенти, односно не се премолчувала дијагнозата и прогнозата пред пациентот и отворено се разговарало за болеста со пациентот, кој бил активно вклучен во терпискиот процес и партиципирал во донесувањето на одлуките.

На почетокот од шеесеттите години на минатиот век, Масон е зачетник на првите трудови од областа на невро-имунологијата. Во тој период истражувањата во експерименталната психологија биле насочени на проучување и попрецизно мерење на односот помеѓу физиолошките и психичките фактори. Со објавување на трудот „Имуносупресија предизвикана со однесувањето“ на Адер и Коен, формално започнува да се развива невро-имунологијата. Истражувачите се обидувале да го објаснат влијанието на стресот и механизмот на справување и психотераписките интервенции на имунитетот во текот на различни фази од активното лечењето на малигните болести (Klikovac,2013).

Во 1960-те години, во САД и Англија започнува да се развива филозофијата на палијативното згрижување во чија основа е хуан и мултитисциплинарен пристап кон луѓето на умирање. Во Св. Христофер Хоспис во источен Лондон, Англија се отвара првиот хоспис за луѓе на умирање, каде се одржуваат и првите едукации од областа на палијативното згрижување. Под влијание на филозофијата на палијативното згрижување и се помасовните движења за правата на пациентите, започнува да се развива психоонкологијата.

За важноста на психолошката поддршка на пациентите на умирање се објавени стручни трудови: „Психијатарот и пациенот на умирање“ (Eissler, 1955) и „Пристап на пациентот на умирање“(Norton, 1963).

Елизабет Кублер Рос, швајцарски психијатар и пионер во студиите за блиска смрт и придружување на пациентите при умирање, позната е по храбриот пристап на најтешките пациенти на умирање и автор на револуционерната книга „За смртта и умирањето“ (1969). Во текот на 1970-те и 1980-те години таа помогнала да се иницираат над 50 хосписи низ светот.

За формален почеток на психоонкологијата како посебна дисциплина се сметаат 1970-те години. Во тој период во САД се случиле и општествени промени во однос на ставот за малигните заболувања:

- зголемениот број на преживеани од канцер ги објавиле јавно и без страв дијагнозата и закрепнувањето, што допринело јавноста да почувствува поголем оптимизам за канцерот,
- познатите и јавните личности започнале да ги објавуваат нивните дијагнози и третмани,
- се зголемил бројот на моќни социјални движења кои се залагале за човековите права и правата на пациентите.

❖ 1970ти години

Започнува истражување на психолошката димензија на канцерот.

❖ 1971 година

Во Европа, на Медицинскиот факултет на колеџот Кингс основана е истражувачка единица од мала група психосоијални истражувачи. Во нивните почетоци ги истражувале факторите за преживување кај жени со рак на дојка и развиле една од првите квантитативни скали за мерење на психолошките аспекти на справувањето.

❖ 1975 година

Во Сан Антонио, Америка е одржана Првата Национална Конференција за психосоцијаните истражувања на тема „Контрола на ракот и Бихејвиорални науки“.

❖ 1976 година

Во Холандија, Фриц Ван Дам ја развива првата единица за психосоцијално истражување во Амстердам.

Во Њујорк во Memorial Sloan - Kettering Cancer Center е формирано одделение за психијатрија за консултации за сите одделенија на прочуениот онколошки центар.

Две работни групи, Група за тумори и леукемија- CALGB и Европска организација за истражување и лечење тумори - EORTC

Започнуваат првите организирани програми на субспецијализација.Развиена е Symptom Distress Scale (Скала за симптоми на вознемиреност) на McCorkle, која е меѓу првите инструменти за мерење на субјективни симптоми на онколошки пациенти.

- 1982 година

Основано е Британско Здружение на Психоонколози,British Psycho-Oncology Society – (BPOS).

- 1983 година

Американското друштво за канцер (American Cancer Society- ACS) интензивно го поттикнува развојот на психоонкологијата.

Одржани се четири конференции за истражувачки методи за понаучно испитување на психо-социјалните аспекти на малигните заболувања.
Започнува да излегува The Journal of Psycho-Social Oncology.

- 1984 година

Основано е Интернационално Здружение на Психоонколози - International Psycho-Oncology Society – (IPOS).

- 1986 година

Основано е Американското Здружение на Психоонколози - American Psycho-Oncology Society - (APOS)

Денес психоонкологијата е прифатена како исклучително важно подрачје на онкологијата и консултативната психијатрија, како и здравствената психологија, со новите сознанија за психолошките процеси и однесувања кои можат да имаат влијание на текот на болеста и исходот од лечењто претставуваат основа за имплементирање на ефикасни фармакотераписки и психосоцијални и психотераписки интервенциии во работата со онколошките пациенти (Grassi, Riba, 2012).

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ АСПЕКТИ НА ОНКОЛОШКИТЕ БОЛЕСТИ

„Не може да се лечи телото, ако не се лечи душата“ (Сократ, 470-399 п.н.е)

Светската здравствена организација со Декларација во Алма Ата во 1974 година го дефинира здравјето како состојба на потполна телесна, психичка и социјална благосостојба. Оваа дефиниција се однесува на соматското и психичкото здравје, но и на општествената, социјално поволната состојба за живот и работа. Во овој контекст, болеста не се согледува како само физички проблем и улогата на професионали од различни профили, семејството, пациентот, како и на целокупниот здравствен систем и поширокаta општествена заедница не треба да биде усмерена исклучиво и само на физичката состојба и телесните симптоми, туку и на психолошките аспекти на личноста на пациентот со согледување на семејната поврзаност и поширокото социјално опкружување (Klikovac, 2013).

Синонимите канцер, малигна болест, рак кај голем број луѓе буди асоцијации на тешка здрвствена состојба, мачење, болки, неизвесност и смрт, што предизвикува интензивни емоционални реакции. Дијагнозата на канцер, многумина ја доживуваат како закана за сигурноста и уредноста во животот.

Уште со откривањето некаков симптом или некој друг сомнителен знак, кој може да укажува на канцер се јавува алармантна состојба која води до акција кај повеќето луѓе (Nail,2001). Колку брзо ќе се побара медицинска помош зависи од многу фактори, вклучително минато искуство со канцер, лично или во семејството. Претходно лично искуство со рак, болката или непријатноста од симптомите може да биде мотивација побрзо да се побара здравствен преглед. Додека пак, чувството на неудобност од разни прегледи и дијагностики, финансиски потешкотии, страв од резултатите, страв од третманот за канцер, страв од зависност, страв од обезличување, како и туѓото искуство може да предизвикаат избегнување на здравствен преглед. Исто така, незнаење за симптомите и недоволно информации може да го одложат здравствениот преглед.

Со започнувњето на постапката за дијагностицирање на болеста, која опфаќа различни прегледи, испитувања, анализи и дијагностички постапки, започнува период исполнет со напнатост, исчекување и страв од неизвесноста.

Дознавањето на дијагнозата на малигна болест и кај пациентот предизвикува многу поинтензивни емоционални реакции во споредба со дознавањето на дијагнозата на некоја друга болест. Како први реакции се јавуваат шок, страв и неверување, а истовремено е потребно да се донесат одлуки за битни аспекти на болеста, за која се нема доволно информации и знаења, а потоа се јавува желба да се побара мислење од повеќе професионали и што порано да се започне со лечење. Тоа е изненаден, стресен и значаен животен настан, кој се интерпретира на субјективен начин, којшто иницира почеток на акцидентна криза и состојба на „кратка психичка конфузија“.

Психодинамиката на кризата може да се согледа во нарушување на рамнотежата и во потешкотијата во адаптацијата на ситуацијата, која настанала под дејство на стресниот животен настан. Личноста во криза е преплавена и повеќе не е во состојба да издржи и да се избори со ситуцијата со своите постоечки адаптивни механизми. Сфаќањето на кризата е непатоцентрично, што значи дека кризата не е болест туку нормална реакција на ненормалната ситуација во која се нашол човекот (Vlajković, 2009). Психичката криза се манифестира на когнитивен, емотивен и бихејвиорален план.

На когнитивен план доаѓа до намалување на интелектуалната ефикасност, нарушување на концентрацијата, вниманието и расудувањето. На емотивен план се јавува чувство на страв, беспомошност, лутина, анксиозност, депресивност, вина, губиток на самопочит, губиток на енергија, чувство на безволност, беспомошност и безизлезност, како и деморализација. На бихејвиорален план се јавуваат проблеми во комуникацијата, социјална изолација, нарушување на сексуалноста, проблеми со спењето, психо-моторен немир, агресија и антисоцијално однесување. (Klikovac,2014). Дијагнозата на малигната болест е стресна животна ситуација која поттикнува на интроспекција и кај многумина е момент на соочување со сопствениот живот, надежите и стравот, со одамна заборавените идеали и соништа, како и со самиот себе (Kurent, 2001). Најголем страв кој се јавува е стравот од смртта (Gregurek i Braš, 2008).

Се преиспитуваат сопствената вредност и уверувања, се проверува исправноста на донесените одлуки, се бараат објаснувања и причини за одредени постапки. Освен стравот, тагата е длабоко човечко искуство, кое произлегува од губиток на личност, семејство, функција, способност или дознавање на дијагноза. Иако повеќе облици на тага се решаваат со тек на времето, интензивните чувства на губиток и патење, исто така можат да доведат до појава на телесни и ментални здравствени проблеми.

Тагата може да биде под влијание на низа чинители, општествени улоги, културни, религиски уверувања и способности на поединецот да се ослободи од стресот (Sikstrom i sur., 2019). Темата губиток, справување со губиток и процесот на жалење отсекогаш им била интересна на професионалци од областа на психологијата и психијатријата. Елизабет Кублер Рос била една од првите која се заинтересирала за таа област, работејќи со терминално болни пациенти. Таа во нејзиното дело „За смртта и умирањето“ опширно ја илустрира специфичната динамика на психолошките фактори кои го карактеризираат искуството на онколошките пациенти. Со моделот од пет фази на жалење се обидела да го олесни разбирањето на овој процес. Тие фази од справувањето со губитокот се однесуваат на било кој губиток и секој поединец може да реагира различно и на свој начин и не значи дека ќе помине низ сите фази, ниту пак дека фазите ќе ги помине по точно наведен редослед.

Табела бр. 4 – Опис на фази на тагување

Фаза на тагување	**Опис на фазата**
Негирање	Обид целата ситуација поврзана со загубата да се игнорира, механизам на одбрана.
Лутина	Сфаќање на реалноста, реакција на доживеаното и барање на вина (во себе и другите)
Преговарање	Надеж дека смртта може да се одложи/поништи.
Депресија	Тагување и плачење, сфаќање на сигурноста на смртта, важен дел од успешноста на целиот процес.
Прифаќање	Целосно прифаќање на загубата и на новата реалност без објектот.

Првата фаза од жалењето, е фазата на шок, негација и изолација и се јавува веднаш по дознавањето на дијагнозата. Пациентот не може да поверува дека е е зафатен од болеста и прибегнува кон одбрамбени механизми, како што е негирањето, за да го преживее губитокот и добие време да се справи со реалноста која е премногу застрашувачка. Потоа се изолира од социјалната средина, кога ќе ја увиди неможноста за закрепнување и враќање на дравјето. На овој начин може да се охрабри и да мобилизира други одбрани. Кога ќе ја прифати вистината за губитокот, станува се појак, а негацијата започнува да бледнее (Kübler-Ross i Kessler, 2009). Постојат студии кои покажуваат како одбрамбениот механиза негирање може да игра адаптивна улога во почетната фаза, како на пример заштита од емоционална вознемиреност што ја предизвикува дијагнозата. Негирањето ја „искривува“ реалноста, но овозможува да се намали чувството на преоптовареност и помага да се одржи позитивната слика за себе и самопочитта (Livneh,2009).

Втората фаза е фазата на лутина, во која преовладуваат лутина, завист и огорченост. Пациентот се прашува „Зошто јас?“. Лутината ја насочува кон секого, кон лекарите, медицинските сестри, кон блиските, на кои им е тешко да останат во негова близина. Тој се плаши дека ќе го забораваат, гледа дека нивниот живот продолжува нормално, а неговиот повеќе не може да биде ист како порано. Полесно е да се потисне лутината отколку да се почувствува, затоа лутината е уште еден показател за процесот на лечење.

Третата фаза е преговарање која може да биде во облик на привремено помирување или ценкање. Пациентот замислува и посакува некако да успее да го одложи настанот со надеж дека ќе биде помилуван и му дава ветувања на Господ, кои се психолошки поврзани со некое чувство на вина. „Те молам Боже“, „Ќе го посветам остатокот од животот на помагање на другите, само да е ова само сон“ или се врти во круг со мисли „Ако само...“ или „Што ако...„ и се надева дека ќе биде награден за доброто однесување.

Четвртата фаза е фазата на депресија, кога вниманието се пренасочува на сегашноста и кога болниот пациент не може повеќе да ја негира својата болест, кога мора да подлегне

на други операции, дополнителни третмани или хоспитализации и станува се послаб. Во оваа фаза пациентот станува свесен за сериозните загуби што ги претрпува и може да се чувствува виновно или засрамено.

Депресивната состојба е нормален одговор на стресниот настан, но сепак може да биде и како одговор на болката со која се соочува од последните моменти на овој свет. Тоа е очекувана жалост за загубата што ќе се случи. Тоа е депресија која му овозможува да се соочи со непосредното настапување на смртта, што се карактеризира со тишина и потреба за емоционално одвојување (Bergo, 2017). Ако тагата е процес на излекување, тогаш депресијата е еден од чекорите на тој пат.

Последната, петтата фаза е фаза на прифаќање на реалноста онаква каква што е во сегашноста, без оглед на тоа дали му се допаѓа и учи да живее со тоа. Негативните чувства од претходните фази се разрешени и пациентот може да си дозволи да размислува за остатокот од животот. Наместо да ги негира чувствата, ги слуша своите потреби, се менува, расте и се развива. Започнува повторно да живее (Kübler-Ross i Kessler, 2009). Во оваа фаза се карактеризира со празнина од чувства и пациентот не е вознемирен од надворешните влијанија, смртта не му предизвикува очај или страв, туку ја гледа како можност за одмор и мир (Bergo, 2017).

Истражувањата покажуваат дека овој модел е корисен за разбирање на психолошкиот одговор на пациентите со онколошки заболувања во секоја фаза од нивната болест. Фазите не се менуваат по крут редослед, тие се флексибилни и може да се преклопуваат или да вариpаат со оглед на емоционалната состојба на пациентот (Kurent, 2001).Во секоја фаза, постојан аспект е аспектот на надежта. Современите медицински и научни достигнувања влеваат надеж за можност за излекување на малигната болест или подобрување на нејзината состојба.

Во текот на специфичното онколошко лечење, контролните прегледи, рецидивот на болеста и секундарното лечење присутни се сите емоционални реакции со кои онколошките пациенти веќе се соочиле со добивањето на дијагнозата, а најчести се стравот од смрт, стравот од болка и стравот од губиток на автономијата (Gregurek, Braš,

2008). Комплексноста на влијанието на онколошката болест врз заболената личност се согледува во меѓусебното испреплетување на различните фази на болеста, текот на лечењето и различните психолошки, социјални и духовни проблеми кои може да се манифестираат на различен начин во различна фаза од болеста (Klikovac,2013).

Психосоцијален дистрес

Во секоја фаза од траекторијата на онколошката болест, онколошките пациенти може да се соочат со непредвидливи фактори за стрес. Психолошкиот одговор на стресорите поврзани со канцерот варираат од „нормално“ вознемирување до сериозни психолошки симптоми на психијатриски растројства. Дистресот претставува сет на болни ментални и физички симптоми кои се поврзани со нормални флуктуации на расположението кај повеќето луѓе (APA Dictionary of Psychology). Кај онколошките пациенти е дефиниран како мултифакторско непријатно искуство од психолошка, социјална, духовна и физичка природа што може да влијае врз нечија способност за ефикасно справување со канцерот, неговите физички симптоми и неговиот третман. Голем број од онколошките пациенти кај кои се јавил психолошки дистрес, опишале дека се чувствувале тажно, уплашено, луто, беспомошно, безнадежно, без контрола, несигурни во нивните верувања, цел или смисла во животот, како да сакаат да се оддалечат од луѓето, загрижени за болеста, загрижени за семејната или социјалната улога, депресивно, вознемирено или испаничено.

Раната проценка и проверка на состојбата на дистресот води води до рано и ефикасно соочување со дистресот, што го подобрува квалитетот на животот (Riba i sur., 2019). Насоките на NCNN вклучуваат препораки за скрининг, тријажа и почетна евалуација на дистресот во периодот веднаш по дијагнозата, на почетокот на третманот, на крајот од долгиот период на лекување, периодично за време на посттретман и ремисија, во моментот на рецидив на болеста и при транзиција кон палијативна нега.

Студии од областа на психосоцијалната онкологија покажале дека значителен дел од онколошките пациенти во сите фази на болеста се соочиле со психосоцијален дистрес (Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L., 2003). Преваленцата на некои психијатриски

нарушувања (депресија, генерализирана анксиозност, нарушување на приспособувањето) е повисока кај некои групи на пациенти со канцер (пациенти кои се подложени на радиотерапија или палијативен третман, терминално болни пациенти и пациенти кои доживуваат неконтролирана болка), што исто така имплицира зголемен ризик од самоубиствено однесување. (Chochinov HM, 2001; Filiberti A, Ripamonti C, 2002).

Некои студии јасно покажуваат дека психосоцијалниот стрес се јавува кај една третина до една половина од сите онколошки пациенти (Chochinov HM, 2001; Stiegelis HE, Ranchor AV, Sanderman R. ,2004,) Општо, 20% до 50% онколошки пациенти покажуваат значајна висина на дистрес, а една третина до 45% онколошки пациенти пријавуваат значајна висина на дистрес, а помалку од 10% се упатуваат на психосоцијална поддршка (Bultz ,2016).

Ризик фактори за повишување на психосоцијален дистрес вклучуваат: хронична историја на депресија, семејни конфликти, самечки живот, неадекватна медицинска поддршка, неадекватна социјална поддршка, трауми, насилство, мала и стара возраст и други стресори (Hirschberg, 2015). Во споредба со општата популација, зачестеноста на дистрес , анксиозност и депресија е поголема кај онколошките пациенти, отколку кај општата популација. Онколошките пациенти во поголем дел не се вклучуваат во психосоцијални облици на поддршка или лечење. Тоа може да биде заради неколку фактори, вклучително недостаток на свесност и идентификација на психијатриските симптоми, недостаток на достапна или понуена подршка, недостаток на докази за ефикасно лечење и стигма (Moseholm, 2016).

Во една студија за дистрес кај пациенти со метастатски канцер која била спроведена помеѓу јули 2016 и мај 2017 година биле опфатени 87 учесници со напредна метастатска болест со изедначена рамнотежа на машки и женски учесници (48% и 52%, соодветно). Поголемиот дел од пациентите (71%) биле со статус на способност 1 (не можат да извршуваат тешки активности, но можат да извршуваат лесни домашни работи и седентерни активности) според Источна Кооперативна Онколошка Група (ECOG). Пациентите биле со различни локации на болеста: Гастроинтестинални (32%), Хематологија (15%), Генитоуринарни (14%), Гинекологија (13%), торакална (9%), сарком

(7%), меланом (6%), глава и врат (2%) и друго (2%). Преваленцата на психолошки дистрес бил 51%, на анксиозност 28% и депресија 18%.

Најчестите проблеми пријавени од категоријата NCCN-DT биле следниве: практични (одлуки за лекување, финансиски прашања и проблеми на работа или училиште), семејни (прашања со партнерот, проблеми со здравјето на семејството или проблеми со децата), емоционални (грижа, нервоза и стравови) и физички (болка, проблеми со спиењето и проблеми со исхраната).

Корелациите помеѓу основниот дистрес и другите мерки: Бројот на емоционални ($r = 0,64$, $p < 0,001$), семејни ($r = 0,35$, $p = 0,006$) и практични стресори ($r = 0,31$, $p = 0,016$) биле во позитивна корелација со повисоките нивоа на вознемиреност. Сепак, бројот на физички стресори не бил во корелација со целокупната вознемиреност ($r = 0,17$, $p = 0,206$). Имало значајна позитивна корелација помеѓу психолошкиот стрес и анксиозноста ($r = 0,47$, $p < 0,001$), но не и депресијата ($r = 0,20$, $p = 0,062$). Hunt, A., Handorf, E., Blau, M, 2021).

Препорачани инструменти за проценка на дистрес се:

- Дистрес термометар – инструмент наменет за брза проценка кој може лесно да се примени во клиничка средина. Визуелна аналогна скала со една категорија за самопроценка на нивото на дистресот во текот на претходната недела со оценка од 0 (без дистрес) до 10 (екстремен дистрес) и го мери субјективното доживување на дистресот.
- DS14 type D Personality Scale – инструмент наменет за испитување на дистрес тип Д. Се состои од две поткатегории по 7 ставки : негативни афективности и социјални инхибиции. Наенет е за откривање и дефинирање на тип Д личност.
- Brief Symptom Inventory (BSI-18) – инструмент кој испитува три димензии: соматизација, депресија и анксиозност.

- The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – инструмент за самопроценка на емоционалниот дистрес. Дизајниран за самопроценка на анксиозност и депресија.
- Depression Anxiety Stress Scale (DASS) – инструмент кој ги мери трите поврзани емоционални состојби на депресија, анксиозност и стрес.

Предложени интервенции

Предложените интервенции ги опфаќаат следните стратегии: психоедукација, когнитивно-бихејвиорален терапија (групна или индивидуална), супортивна терапија (групна или индивидуална).(Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes 2003;) Тие се насочени кон различни фази од траекторијата на болеста: дијагноза/предтретман, веднаш по третманот или за време на продолжен третман (како RT или хемотерапија) и метастазирана болест или смрт. Одредени модалитети на интервентни стратегии било докажано дека се поефикасни во една или повеќе од овие временски периоди. На пример, психоедукацијата може да биде најефективна во текот на период на дијагноза/предтретман, кога пациентот бара информации.

Групната поддршка може да биде поефикасни во подоцнежните фази за да се справат со понапредната болест. (Clark MM, Bostwick JM, Rummans TA.,2003.) Когнитивно-бихејвиорални техники како што се релаксација, управување и когнитивното справување со стрес би можело да биде најкорисно за време на продолжени третмани.

Се покажало дека релаксација и визуелизација може да бидат ефикасни во контролирањето на гадење и повраќање поврзани со хемотерапија. Овие техники исто така може да му помогнат на пациентот да ја намали употребата на лекови против болки.66 Многу студии се фокусирале на ефикасноста на групни интервенции. Групните терапии се покажале дека се ефективни како и индивидуалниот третман. Зоради пониската цена на групните терапии многу истражувачи ја идентификувале групната терапија како преферирaн избор за лекување на дистрес кај пациенти со рак.

Неколку специфични интервенции за групна терапија се стандардизирани и докажани како ефикасни, на пример: супортивна експресивна терапија за метастатски рак на дојка во рана фаза, 68,69 (Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese- Davis J. , 2001.) Мајндфулнес - медитација за редукција на стрес 70,71 (Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Speca M., 2001) и стандардизирана групна психо-едукација за пациенти со различни видови на дијагнози на рак.

Од друга страна, последните истражувања ја потврдуваат популарноста на нетрадиционалните терапии меѓу болните од рак. 23% – 81% од САД и Канаѓаните, 22% - 52% од Австралијците, 16% - 32% на Британци и 10% – 61% од континентална Европа пациенти со рак користеле барем една таква терапија. Психолошките терапии (на пр., релаксација, медитација, визуелизација и хипнотерапија) се меѓу најпопуларните нетрадиционални терапии. Повеќе од 50% од Австралијците и до 29% од САД и 10% од европските и канадски пациенти со рак пријавиле дека примениле барем еден вид психолошка терапија. Пациентите имаат високи очекувања од овие терапии: во една студија, до 25% од учесниците очекувале психолошката терапија да го излечи нивниот рак и 75% – 100% очекувале дека ќе им помогне. (Šoštarič M, 2004)

Најчести психијатриски проблеми кај онколошките пациенти се:

- депресивни нарушувања,
- нарушување на прилагодувањето,
- посттрауматско стресно растројство,
- сексуални дисфункции
- делириум,
- бројни когнитивни нарушувања

Многу често, изолирано или во контекст на наведените нарушувања, се среќаваат суицидални идеи, нарушувања на личноста кои доаѓаат до израз во состојба на екстремен стрес, проблеми поврзани со донесување на одлуки, проблеми поврзани за квалитет на живот, недостаток на семејна и социјална поддршка, бројни духовни и религиски прашања.

Зголемениот суицидален ризик кај онколошките пациенти е поврзан со напреднатиот стадиум на болеста, лошата прогноза, делириумот, неадекватната контрола на болката, депресијата, претходната психијатриска дијагноза, болестите на зависност, претходниот обид за суицид и социјалната изолација. Кај онколошките пациенти, позачестени се пасивните суицидални мисли од обидот за суицид (Holland, 2003).

Анксиозност

Една од најчестите психолошки реакции на онколошките пациенти е стравот. Стравот е природен, генерално адаптивен одговор кој предизвикува когнитивни, афективни, физиолошки и промени во однесувањето кај поединецот, како одбрана од потенцијална опасност или закана (Joseph A. Greer, James MacDonald, and Lara Traeger) и се смета за нормална реакција при стрес, животни потешкотии и неизвесност. Во овој контекст, дијагнозата на канцер претставува потенцијална опасност или закана за животот или благосостојбата, а стравот ќе мотивира да се ангажираат потребните дејства за важни прашања поврзани со болеста.

Стравот е манифестација на волјата за живот и преживување, односно своевидна грижа за себе, така да, стравот е чувство кое ги следи сите видови на растројства, без оглед на тоа дали се работи за телесни болести или пак, ментални растројства. Понекогаш е тешко да се разликува нормален страв од патолошките реакции на страв кои се класифицираат во анксиозни растројства (Gregurek, Braš, 2008). Анксиозност е состојба која се карактеризира со чувство на внатрешна вознемиреност, грижа дека нешто страшно ќе се случи, пропратена со силна психомоторна напнатост и внатрешен немир, а понекогаш може да ескалира до парализирачки страв. Ваквата состојба има силно влијание на секојдневното функционирање, значително го нарушува квалитетот на животот на анксиозната личност и речиси не постои веќе ништо во што може да ужива.

Преваленца на анксиозност кај онколошки пациенти

Преваленцата на анксиозност кај онколошки пациенти значително варира од приближно 10% до 30% во зависност кој метод бил употребен за проценка (скали за проценка на симптоми наспроти дијагностички критериуми) и во која фаза од болеста (Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, 2011). Резултатите од една мултицентрична кохортна студија покажуваат дека преваленцата на анксиозноста е 13,8% (GAD-7 ≥ 10). Нивото на анксиозност е значително повисоко за пациентите на рехабилитација, во споредба со пациентите за време на болничко и амбулантско лекување (p = 0,013). Споредбата со општата популација дава 2,7 пати зголемен ризик за анксиозност кај пациентите со рак.

Анксиозност кај онколошките пациенти

Анксиозноста се смета за нормална реакција на канцерот, соочување со дијагнозата, неизвесноста и несигурноста својствени за процесот на третман, исчекувањето на резултатите од различни испитувања и дијагностики, поготвувањето за интензивни процедури, а понекогаш и токсичните терапии.Во корелација со карциномот, анксиозноста го зголемува чувството на болка, интерферира со спиењето, предизвикува мачнина и повраќање, негативно влијае на квалитетот на животот и доколку не се лекува, може да влијае и на должината на животот (Gregurek, Braš, 2008). Анксиозноста може да влијае на лекувањето, односно да се манифестира како лошо придржување на третманот, одбивање на потребните биопсии и скенирања заради фобии, прекумерна грижа за прогресијата на болеста, и постојано барање на мислења од специјалистите.

Низ траекторијата на лекувањето на канцерот, голем број онколошки пациенти доживуваат зголемена анксиозност додека се справуваат со транзициите на животните улоги, губењето на функционирањето, финансиските притисоци и егзистенцијалните грижи во врска со нивната смртност (Joseph A. Greer, James MacDonald, and Lara Traeger).

Освен тоа, анксиозноста може да интерферира со третманот на канцерот, ако се земе во предвид дека овие симптоми се поврзани со недоволна доверба во давателите на услуги, одложување и намалување на дозите на хемотерапија и поагресивна медицинска нега на крајот од животот (Joseph A. Greer, James MacDonald, and L Traeger).

Анализата на клиничката манифестација на анксиозноста укажува дека анксиозноста се состои од следните компоненти:

- Когнитивни (фокусирање на заканата, претерана загриженост, катастрофизирање, отценување на ресурсите за справување),
- Емоционални (нервоза, страв, напнатост, вознемиреност, паника),
- Физички (мускулна тензија, генерализирано потење, црвенило/бледило, палпитации, несвестица, хипертензија, притисок во градите, краток здив, општа слабост,гадење, дијареа)
- Бихејвиорални (избегнување на заканата, бори се/бегај/ замрзни, барање уверување).

Овие компоненти со меѓусебно влијание го продолжуваат циклусот на анксиозноста. Циклусот на анксиозноста започнува кога ќе се перципира телесниот симптом, на пример, краток здив кај пациент со канцер на бели дробови, на когнитивно ниво кај пациентот ќе предизвика загриженост да не напредувала болеста. Во исчекување на резултатите од дијагностички третман, на емоционален план, пациентот ќе биде напнат и нервозен. Сето ова ќе влијае и на неговото однесување, ќе доведе до негово повлекување од социјалната средина и избегнување на физички активности. Избегнувањето на вообичаените активности, може да доведе до декондиционирање и влошување на функционалниот статус, што тој може да го протолкува како прогресија на малигната болест.

Кај онколошките пациенти, анксиозноста може да биде:

- Примарно анксиозно растројство (генерализирано анксиозно растројство, панично растројство, опсесивно-компулсивно растројство, фобија, акутно стресно растројство, пост-трауматско стресно растројство)
- Анксиозно растројство како реакција на болеста или хоспитализацијата (растројство на прилагодувањето со анксиозно расположение и пост-трауматско стресно растројство по медицински интервенции)
- Секундарно анксиозно растројство од органска етиологија (анксиозно растројство заради општата здравствена состојба, негативен ефект од лекови).

Со цел да се обезбеди сеопфатна грижа за онколошките пациенти, од суштинско значење е спроведување на биопсихосоцијална проценка на анксиозноста од страна на мултидисциплинарен тим.

Знаци и симптоми на анксиозноста

Анксиозно растројство е заеднички назив за поголема група на растројства во кои доминира симптомот на анксиозност, односно нераодреден страв. Тоа е состојба на хронична напнатост, грижа, страв од непозната или непрепознаена перцепција на страв или конфликти. Заеднички карактеристики на оваа врста на растројства е тоа што анксиозноста е водечки и главен симптом. Општите симптоми на анксиозноста можат да бидат психолошки и физички. Симптомите на анксиозноста може да се јават повремено или често во текот на денот (Klikovac,2013).

Психолошки симптоми на анксиозноста се:

- загриженост,
- исчекување на негативен исход,
- неодреден страв и тага,
- плачливост,
- интрузивни и вознемирувачки мисли.

Физички симптоми на анксиозноста се:

- напнатост,
- палпитации,
- болка или стегање во градите,
- тахикардија,
- мачнина или непријатност во стомакот,
- анорексија,
- забрзано дишење (тахипнеа),
- налети на топлина или студенило.

Покрај општите симптоми на анксиозноста, секое анксиозно растројство има свој сет на дијагностички критериуми. Без оглед на тоа, дали некој пациент имал претходно искуство со некое анксиозно растројство што се реактивирало со дијагнозата на канцер или пак, анксиозноста се појавила во контекст на прилагодувањето на дијагнозата на канцер и траекторијата на болеста, примарен предизвик за онколозите и клиничарите за ментално здравје во обезбедување на сеопфатен третман на онколошките пациенти е да се согледаат основните причини за анксиозноста, особено кога се преклопуваат симптомите на анксиозноста со соматската симптоматологија на канцерот.

Во табелата е даден преглед на анксиозните растројства според Дијагностички статистички прирачник за менталните нарушувања – 5 (DSM-5) и размислувања на онколошките пациенти за канцерот, кои можат да влијаат на презентацијата на симптомите и планирањето на третманот(Joseph A. Greer, James MacDonald, and L Traeger).

Табела бр. 5 – Преглед на анксиозните растројства според Дијагностички статистички прирачник за менталните нарушувања – 5 (DSM-5)

Растројство	**DSM-5 дијагностички критериуми**	**Специфични размислувања за канцерот**
Генерализирано анксиозно растројство	◆ Најмалку 6 месеци прекумерна грижа за голем број на настани или активности, што е тешко да се контролира. ◆ Анксиозноста е поврзана со неколку симптоми (на пр. немир, замор, отежнато концентрирање, раздразливост, мускулна напнатост и проблеми со спиењето).	◆ Грижите може да бидат околу повторување на симптомите, текот на болеста,скенирањата, исходите од третманот, несаканите ефекти, транзиција на улогата и загуба на функционирањето. ◆ Тешкотиите со концентрирањето може да пречат во клиничката комуникација и одлучување за третман.

Фобии	◆ Постојан страв од одреден предмет (на пр. игли) или ситуација (на пр., затворени места). ◆ Предмет или ситуација предизвикува непосредна вознемиреност и активно се избегнува или се издржува со екстремен страв.	◆ Фобијата од вбризгување - крв-повреда може да предизвика несвестица за време на медицински процедури, како што се земање крв или инфузија со хемотерапија. ◆ Клаустрофобијата може да доведе до антиципативна анксиозност и избегнување медицински скенирања (на пр., МРИ) или ограничени третмани (на пр., терапија со зрачење).
Панично растројство	◆ Повторливи неочекувани напади на паника кои се развиваат нагло. ◆ Напад на паника проследен со најмалку еден месец постојана грижа за понатамошни напади на паника и/или неприлагодлива промена во однесувањето поради паника (на пр., избегнување на вежбање).	◆ Симптомите на паника (на пр., отежнато дишење) може погрешно да се протолкуваат како поврзани со ракот и неговиот третман. ◆ Напорите да се спречи останувањето без здив и автономно возбудување може да резултираат со избегнување на физичка активност и декондиционирање.
Агорафобија	◆ Постојан страв од две или повеќе од следниве ситуации: јавен превоз, отворени простори, затворени места, гужви и да се биде сам дома. ◆ Стравување или избегнување ситуации заради мисли дека бестото може да биде тешко или помошта може да не е достапна.	◆ Стравот од напуштање на домот или од патување може да спречи одење на лекарски прегледи. ◆ Може да се наметне дополнително оптоварување на социјалните поддржувачи за помош во транспортот.
Социјална анксиозност	◆ Постојан страв од социјални ситуации и потенцијална негативна оценка од другите. ◆ Социјалните ситуации речиси секогаш предизвикуваат анксиозност и се избегнуваат или се поднесуваат со екстремен страв.	◆ Стравот од срам или понижување може да го спречи пациентот да се залага за себе и да комуницира со онколошките професионалци. ◆ Обезличување на телото поврзано со рак или промени во физичкиот изглед заради третман може да ја влошат социјалната анксиозност.
Анксиозно растројство предизвикано од лекови или супстанци	◆ Симптомите на анксиозност или паника произлегуваат од интоксикација со супстанција или апстиненцијални симптоми или несакани ефекти од лекови. ◆ Симптомите не се објаснуваат ниту со друго анксиозно растројство ниту заради делириум.	◆ Откажување од никотин, алкохол, седативи и опиоиди може да предизвика анксиозност. ◆ Лековите кои вообичаено се користат во третман за канцерот, кои вклучуваат кортикостероиди, антиметици, интерферони, стимуланси, антипсихотици и антихолинергици, исто така може да предизвикаат или имитираат анксиозност.
Анксиозно растројство заради општа здравствена состојба	◆ Симптомите на анксиозност или паника произлегуваат директно од патофизиолошките последици од друга медицинска состојба. ◆ Симптомите не се поврзани со друго ментално растројство ниту со делириум.	◆ Вообичаени медицински состојби кај рак поврзани со предизвикување или влошување на симптомите на анксиозност вклучуваат неконтролирана болка, хиперкалцемија, тумори на ЦНС, напади, карциноиден синдром, срцева слабост, хронично белодробно заболување, пулмонални изливи или емболија и сепса.

Најчесто користени психолошки инструменти за проценка на анксиозност се :

- Beck Anxyety Inventory (BAI) – инструмент наменет за испитување на физиолошките симптоми на анксиозноста.
- Generalized Anxiety Disorder (GAD) – инструмент кој го мери присуството и сериозноста на симптомите на генерализираното анксиозно растројство.
- Hospital Anxyety and Depression Scale (HADS) – инструмент кој мери анксиозност и депресија кај хоспитализирани пациенти со помал акцент на физиолошките симптоми.
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – инструмент кој мери присуство и сериозност на симптоми на анксиозност во моментот и општата склоност за загриженост.
- Depression Anxiety Stress Scales (DASS) – инструмент кој ги мери трите поврзани емоционални состојби на депресија, анксиозност и стрес.
- Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) – инструмент за проценка на психичките и соматските компоненти на анксиозноста во клинички услови.

Психосоцијални интервенции за третман на анксиозност кај онколошки пациенти

Психосоцијалните интервенции за третман на анксиозност кај онколошки пациенти се доста разновидни и може да вклучуваат:

- Едукативни интервенции

Опфаќаат програми за информации или кратка ориентација, здравствена едукација, обука за вештини за справување, поддршка и слично, кои се применуваат при поставувањето на дијагнозата и низ целата траекторија на малигната болест од страна на медицинскиот персонал или лице за поддршка. Тоа може да биде устна едукација, индивидуална или групна, печатен или видео материјал (флаери, прирачници, презентации, видеа).

- Когнитивно – бихејвиорални интервенции

Вклучуваат когнитивно - бихејвиорална терапија, техники засновани на изложеност, обука за управување со стрес и релаксација и систематска десензитизација.

- Експресивни, креативни и тело-ум психосоцијални интервенции

Вклучуваат мајндфулнес ориентирана терпија, хипноза, водена фантазија, креативно пишување, арт терапија, драма терапија, психодрама психотерапија.

- Супортивна терапија

Која може да се изведува индивидуално или во групен сетинг.

- Комплементарна и алтернативна медицина

Каде што спаѓаат: акупунктура, јога, масажа, ароматерапија.

Депресија

Депресијата е една од најчестите форми на вознемиреност кај онколошките пациенти. Дијагнозата на канцер значајно го менува животот и допринесува за појава на психолошки и емоционален стрес. Тагата се јавува како нормален одговор на дијагнозата на канцер, меѓутоа, потешкотијата во адаптацијата и неадекватниот одговор на одбранбените механизми во справувањето со стресот, може да резултира со депресивно нарушување. Разликата помеѓу депресијата и нормалната тага е интензитетот и времето на траење и во споредба со тагата, депресијата влијае на когнитивното и емоционалното доживување и интерпретација. Депресијата ја карактеризира патолошко депресивно расположение, чувство на осаменост,чувство на бзнадежност, самокритично размислување, губиток на интерес за активности и задоволство, чувство на вина и жалење, како и повторливи мисли

за смрт или самоубиство. Тагата се разликува од депресијата по следните карактеристики: одржување на интимност и поврзаност, верба дека работите ќе се подобрат, уживање во среќни спомени, чувство на самопочит, флуктуација на мислите за канцерот, радување на иднината, задржан капацитет за задоволство, одржана волја за живот.

Преваленца на депресија кај онколошки пациенти

Се смета дека процентот на депресија кај онколошки пациенти е до три пати повисока отколку кај општата популација (Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D., 2012). Студиите кои се воделе според критериумите на Дијагностички статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM - V) за големо депресивно растројство (MDD) идентификувале различни преваленции кои се движат од 2,0-43,5% (Sneeuw KCA, Aaronson NK, van Wouwe MCC, 2005) додека одделенијата за палијативна нега имаат документиран процент на депресија дури 49,0% (Ciaramella A, Poli P., 2001).

Според една мета-анализа, малата или големата депресија ја зголемува стапката на смртност до 39%, и дека пациентите кои покажуваат дури и малку депресивни симптоми може да имаат 25% зголемен ризик од смртност (Satin JR, Linden W, Phillips MJ., 2009).

Друга, неодамнешна мета-анализа покажала дека студиите кои користат DSM или ICD дијагностички критериуми објавиле здружени стапки на преваленца на депресија од околу 16% во онколошки, хематолошки и онколошки пациенти во палијативна нега (Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, 2011). Кај пациенти со напреднат карцином, стапките на преваленца на депресија и на депресивни симптоми се движат од 3% до 58% (4, 5). Според една студија, симптомите на депресија се зголемуваат како што се приближува смртта (Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, 2010), меѓутоа, други студии не известуваат за значајни промени во депресивните симптоми со текот на времето (Rabkin JG, McElhiney M, Moran P, Acree M, Folkman S. , 2009; Bergquist H, Ruth M, Hammerlid E. , 2007).

Депресија кај онколошките пациенти

Онколошките пациенти може да се чувствуваат депресивно во сите фази на малигната болест. Психолошките последици од дијагнозата на малигната болест и агресивните протоколи на лекувањето може да бидат силни доживувања на беспомошност и безнадежност, кои можат да доведат до развој на депресивно нарушување (Klikovac,2013).

Депресијата кај онколошките пациенти и покрај високата преваленца, недоволно е препозната и спрема тоа, недоволно лечена (Snyderman i Wynn, 2009). Соматските симптоми на депресија, кои вклучуваат замор, губиток на апетит, промена на телесната тежина и когнитивни потешкотии, може да бидат препознаени како симптоми на канцер или како несакани ефекти од лекувањето. Во една студија било откриено дека промените на апетитот и намалената когнитивна способност се позитивно поврзани со анхедонија, но не и заморот и потешкотиите со спиењето, дури и по прилагодувањето на болката предизвикана од малигната болест и физичкото функционирање. Ова сугерира дека намалениот апетит и когнитивното нарушување може да бидат покорисни симптоми во дијагностицирањето на депресија кај онколошките пациенти (Akechi T, Nakano T, Akizuki N, 2003).

Бројни научни истражувања сугерираат на можна поврзаност на психолошките фактори, а особено на депресијата, со развојот и прогресијата на карциномот.

Дересијата е поврзана и со послабата контрола на болката, несоработливост и помала желба за долготрајна терапија, а симптомите може да бидат психијатриско нарушување или телесна последица од карциномот или лекувањето на карциномот (Berard RMF, 2001). Затоа, голема е потребата за препознавање и леќење на депресијата кај онколошките пациенти, за да се зголеми квалитетот на живот и да се намали морталитетот (Smith, 2015).

Депресијата е прво и основно растројство на афектот кое првенствено се карактеризира со намалено расположение и присуство на когнитивни, емоционални, соматски и бихејвиорални симптоми.

Депресијата може да постои како:

- Примарно растројство (голема депресивна епизода, биполарно растројство, депресивно растројство),
- Секундарно растројство од органска етиологија (растројство на расположението предизвикано од здравствена состојба, ратројство на расположението предизвикано од лекови),
- Психолошка реакција на болест (растројство на прилагодувањето со депресивно расположение, регресија, тагување).

Депресијата може да се јави и како комбинација од наведеното, а исто така и во комбинација со други психијатриски растројства, како на пример, со анксиозност.

Депресивните растројства во десеттата класификација на болестите (МКБ - 10) оделени се на:

- Депресивна епизода, со различен интензитет и квалитет – „со соматски симптоми
- Депресивна епизода, со различен интензитет и квалитет – „со психотични симптоми“
- Рекурентно депресивно растројство (најмалку две депресивни епизоди кои се разделени со интервал без симптоми во траење од два месеци)
- Перзистентно депресивно растројство - дистимија

Табела бр. 6 - Дијагноза на депресивно растројство според МКБ – 10

Симптоми на депресивна епизода	**Депресивни епизоди според тежина и квалитет**
Типични сипмтоми: 1.Депресивно расположение 2.Губиток на интереси и задоволства 3.Намалена енергија, зголемен замор, намалена активност	Блага депресивна епизода -2 типична +2 од останатите симптоми Умерено јака депресивна епизода -2 типична +3-4 од останатите симптоми Тешка депресивна епизода без психотични симптоми -3 типична +4 или повеќе од останатите симптоми Тешка депресивна епизода со психотични симптоми -3 типична +4 или повеќе + психотични симптоми (налудничави идеи, кривица, беда, хипохондриски, нихилистички и други; халуцинации; депресивен ступор
	Депресивна епизода со соматски симптоми
	Соматски симптоми: -Губиток на интерес или задоволство во активности кои нормално предизвикуваат задоволство;

Други чести симптоми/останати сипмптоми а) Оштетување на концентрација и внимание; б) Намалена саодоверба и самопочит; в) Чувство на вина и безвредност (дури и кај благ тип на депресија); г) Песимистички поглед на иднината; д) Идеи за самоповредување или суицид; ѓ) Пореметен сон; е) Намален апетит.	-Недостаток на емоционален одговор на пријатни случувања и опкружувања; -Будење два или повеќе часа пред вообичаеното; -Депресијата е потешка наутро; -Јасна психомоторна ретардација или агитација; -Назначен губиток на апетитот; -Губиток на тежина (5% или повеќе во тек на последниот месец); -Назначен губиток на либидо. *Присутни се најмалку 4 од наведените симптоми, кај благо и умерено јаки депресивни епизоди, посебно да се означи; се подразбира кај тешка депресивна епизода.
	Депресивна епизода со психотични симптоми
	Психотични симптоми: -Налудничави идеи или халуцинации, најчесто со кривица, хипохондриска или нихилистична содржина, идеи на однос или идеи на персекуција; -Депресивен ступор; -Согласни психотични симптоми со расположението (идеи на вина, безвредност, соматска болест или претстоечка несреќа, осудувачки халуцинации); -Несогласни психотични симптоми со расположението (идеи на прогонување и односи, халуцинации без афективна содржина). *Психотичните симптоми може да се јават само кај тешка депресивна епизода
Времетраење на симптомите најмалку две недели	

Голема депресивна епизода - примарно растројство на расположението кое најчесто е поврзано со претходна психијатриска анамнеза и се карактеризира со најмалку пет од следните симптоми: упорно депресивно расположение, анхедонија, раздразливост, промена на телесната тежина, нарушување на апетитот, нарушување на спиењето, чувство на замор, чувство на безвредност или вина, намалена концентрација, зачестени мисли за смртта во текот на последните две недели.

Дистимија - хронично депресивно или константно рекурентно депресивно расположение во текот на две години и ниту една епизода на депресија во тој двегодишен период не е доволно тешка или долготрајна за да ги исполни критериумите за дијагностицирање на рекурентно, умерено депресивно растројство. Треба да се присутни најмалку три симптоми: намалена енергија или активност, нарушување на спиењето, потешкотии во

концентрацијата, губиток на самодовербата или чувство на неадекватност, честа плачливост, губиток на интерес или уживање во сексот и други активности кои пружаат задоволство,чувство на безнадежност и очај, чувство на неспособност за извршување на секојдневни обврски, песимизам во врска со иднината или претерано размислување за минатото, социјална интроверзија, намалена разговорливост. Ако е потребно, времето на почеток може да се означи како рано (во оцните адолесцентни години) или доцна (обично помеѓу 30 и 50 години, кое следи една афективна епизода).

Растројство во прилагодувањето - депресивно расположение како реакција на дијагнозата на болеста, коешто е често кај онколошките пациенти. Пократко трае од големата депресивна епизода.

Растројство на расположението предизвикано од здравствена состојба - депресивно расположение, промена на расположението од депресивно до еуфорично и раздразливост. Треба да се имаат во предвид потенцијални лезии на ЦНС во фронталниот, лимбичкиот и темпоралниот дел, кои може да предизвикаат растројства на расположението.

Растројство на расположението предизвикано од претходна злоупотреба на супстанци – депресивно растројство предизвикано од лекови, дроги или алкохол. Обично се решава со апстиненција од две недели. Особено внимание треба да се обрати на лековите од протоколот за лечење.

Дијагностицирањето на депресија кај соматски болни пациенти може да биде предизвик особено кај пациенти со напреднат карцином. Вообичаените симптоми поврзани со ракот, како што се замор или губење на енергија, промени во тежината, апетитот и промените на спиењето исто така се користат како дијагностички критериуми за депресија. Овие симптоми може да се припишат на самиот процес на болеста или да бидат несакани ефекти од антиканцерогеното лекување (E Janberidze,2015).

Со цел попрецизно да се дијагностицира депресијата и кај пациенти со соматски заболувања, се предлагаат неколку пристапи:

- ✓ DSM-5 препорачува етиолошки пристап каде што лекарите се охрабруваат да не вклучуваат симптоми кои јасно се должат на општа медицинска состојба. Сепак,

тешко е да се одлучи кои од соматските симптоми идентификувани во критериумите на ДСМ се припишуваат на депресија и кои се должат на болеста на ракот (DSM - V).

- ✓ Касем и сор. предлагаат инклузивен пристап каде што треба да се вклучат сите соматски симптоми без оглед на тоа дали тие може или не може да бидат секундарни на физичка болест (Cassem E.H., 1990).
- ✓ Ендикот и сор. предлагаат супституитивен пристап кој ги отстранува соматските симптоми од дијагностичките критериуми и ги заменува со различни симптоми кои се однесуваат на 14 други несоматски карактеристики на депресијата, како што се когнитивните симптоми (на пр. анхедонија, песимизам, чувство на безвредност и беспомошност) (Endicott J.,1984)
- ✓ Букберг и сор. предлагаат ексклузивен пристап кој ги елиминира сите соматски симптоми без никаква замена (Bukberg J, Penman D, Holland JC.)

Евалуацијата на депресијата вклучува процена на сериозноста на симптомите, времетраење на симптомите и влијание на симптомите на квалитетот на животот.

<u>Инструменти кои се користат за проценка на депресија се:</u>

- ❖ Beck Deression Inventory (BDI) – инструмент наменет за испитување на физиолошките симптоми на депресијата.
- ❖ The Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) – инструмент за самопроценка на депресијата кој вклучува девет симптоми на депресија според DSM IV.
- ❖ Hospital Anxyety and Depression Scale (HADS) – инструмент кој мери анксиозност и депресија кај хоспитализирани пациенти со помал акцент на физиолошките симптоми.
- ❖ Depression Anxiety Stress Scales (DASS) – инструмент кој ги мери трите поврзани емоционални состојби на депресија, анксиозност и стрес.

- Hamilton Depression Rating scale (HAM- D) - инструмент за проценка на психичките и соматските компоненти на депресијата во клинички услови.
- Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS) – инструмент за самопроценка на депресивната состојба.

Психосоцијални интервенции за третман на депресија кај онколошки пациенти

Психосоцијалните интервенции за третман на депресија кај онколошки пациенти се доста разновидни и може да вклучуваат широк спектар на интервенции: психоедукација, когнитивно-бихејвиорална терапија, експресивни, креативни и тело-ум психосоцијални интервенции (мајндфулнес, водена фантазија, арт терапија, психодрама психотерапија), супортивна терапија, индивидуална и групна психотерапија, комлементарна и алтернативна медицина. Видот на психотерапија зависи од индивидуални фактори и фактори поврзани со болеста, вклучувајќи ја и сериозноста на депресијата, рефлексивниот капацитет на пациентот, фазата на малигната болест, статусот на третман и нивото на функционалните можности на пациентот (Holland, 2013). Психосоцијалните интервенции им помагаат на онколошките пациенти полесно да се справат со предизвиците и тегобите, како и живеењето во неизвесност во текот на долготрајното онколошко лекување (Watson & Kissane, 2011).

ПСИХОСОЦИЈАЛНА ПОМОШ И ПОДДРШКА КАЈ ОНКОЛОШКИ ПАЦИЕНТИ

Психосоцијалната поддршка се заснова на психолошка и социјална помош.

Социјалната поддршка се спомнува како значаен фактор кој допринесува за квалитет на животот кај онколошките пациенти (Vuletić, 2011). Социјалната подршка се дефинира како информација на основ на кој поединецот доаѓа до заклучок дека е сакан, почитуван, дека другите се грижат за него и дека е прифатен во својата социјална средина (Knack, Waldrip & Jensen-Campbell,2007), како различни начини на кои луѓето можат да си помогнат едни на други, односно активности со кои се дава емоционална поддршка, советување, водење, конкретно помагање,чувство на припадност и духовна перспектива

на лица кои доживеале стрес, непријатности и позначјна животна криза. Социјалната поддршка се однесува на структурата, квалитетот и функцијата на социјалната средина.

Психолошката поддршка се нарекува и емотивна поддршка и претставува посебна врста на контакт кој се воспоставува со пациентот и кој подразбира: вештини на слушање, покажување разбирање, покажување сочувствување, емитирање емоционална топлина и безусловно прифаќање односно прифаќање без осудување и пресудување (Vlajković, 2009). Психолошката помош и поддршка се реализира преку вербален и невербален контакт со пациентот (Klikovac, 2014).

Суштината на психосоцијалната поддршка е во поддржувачката комуникација и атмосфера која ја креираат професионалците на онколошките клиники и центри.

Малигната болест и специфичното онколошко лекување доведуваат до различни соматски, психолошки и социјални промени кои можат да имаат широки функционални ипликации во сите сфери на животот на заболената личност и нејзиното семејство (Berat, 2015). Соопштувањето на дијагнозата, големата неизвесност заради болеста, специфичниот психолошки статус, агресивниот и болен медицински третман се некои од причините за потребата од посуптилен пристап на заболените од малигна болест. Со добра комуникација се стекнува доверба, се воспоставува соработка, се поттикнува мотивација за активно учество во третманот и се воспоставува партнерски однос на пациентот со професионалците (Young, 2003).

Психосоцијални интервенции

Психосоцијалните интервенции започнуваат од моментот на поставувањето на дијагнозата и се применуваат низ сите фази на болеста. Уште во почетните фази на болеста, на пациентот му се неопходни прецизни, навремени и јасни информации во врска со болеста и лекувањето, терапијата, различните интервенции и дијагностички процедури, како и клинички патеки. Навремено и објективно информирање и припрема на пациентот во значителна мера го намалува стравот и анксиозноста, а емпатичен, топол, негувачки однос на професионалците има големо влијание врз психолошката состојба и квалитетот на живот на пациентот.

Студија за психолошки одговор на пациенти кои добиваат дијагноза на малигна болест покажала дека задоволството на пациентите од комуникацијата и нивниот психолошки морбидитет се поврзани со одредени комуникациски практики. Практиките поврзани со помала анксиозност вклучуваат подготовка на пациентот за можна дијагноза на рак; присуство на луѓето кои ги сака пациентот за да ја слушнат дијагнозата; давање на пациентот онолку информации за дијагнозата колку што сака; обезбедување писмени информации; јасно презентирање на информациите; дискусија за прашањата на пациентот истиот ден; зборување за чувствата на пациентот; и да се делува смирувачки. Практиките поврзани со пониски нивоа на депресија вклучуваат употреба на зборот „рак“; дискутирање за сериозноста на ситуацијата, очекуваниот животен век и како ракот може да влијае на другите аспекти од животот.

Суштината на психоедукативните интервенции е во процесот на учење со кој се влијае на раст и развој, на когнитивните, афективните и психомоторните способности. Со учење се влијае на промена на сфаќањата, мислењата, ставовите, односите, однесувањето, па дури и на системот на вредности. Значењето на психоедукативните интервенции е во демистификацијата на малигната болест, давањето на информации за болеста и лечењето и расветлувањето на погрешните сфаќања и заблуди поврзани со болеста (Berat, 2015).

Квалитетот на пружената психосоцијална помош зависи од начинот на кој се пружа и креира поддршката спрема потребите на пациентот и од особините на личноста на оној кој ја пружа поддршката (Vlajković, 2009).

Проценка на состојбата и севкупната ситуација во која се наоѓа пациентот се базира на проценка на психичкиот статус, соицјалниот статус, социјалната партиципација, возраста на пациентот, клиничкиот стадиум на болеста, модалитетот на лечењето, духовноста и прогнозата на поставените цели.

Целите на психосоцијалната поддршка се усмерени на хуман пристап кон заболената личност и создавање на поволни услови кои се неопходни во процесот на лекувањето и опфаќаат:

- ✓ Намалување и отклонување на тегобите и воспоставување на психичка рамнотежа,

- ✓ Корегирање на актуелните конфликтни ситуации кои може да влијаат негативно на дијагностичкиот и терапискиот процес,
- ✓ Охрабрување и поттикнување на позитивен и активен став кон лекувањето,
- ✓ Создавање доверба,
- ✓ Давање на неопходни информации (Berat, 2010).

Филозофијата на психосоцијалната помош се состои во примена на интервенции кои: -ќе им овозможат на онколошките пациенти максимален степен на независност и квалитет на животот од поставувањето на дијагнозата и во текот на лечењето,

- ќе поттикнат кај пациентите функционални механизми за справување и соочување со сите негативни ефекти на онколошкото лекување,
- ќе охрабри и поттикне посттрауматски раст кај пациентите,
- ќе поттикне развој на вештини за самопомош кај пациентите,
- ќе им помогне на пациентите да пронајдат смисла во наизглед бесмислената болест (Klikovac, 2014).

Психотрапија

Психотерапискиот пристап во лечењето на онколошките пациенти содржи две компоненти: работа со пациентот од поставувањето на дијагнозата до завршувањето на лекувањето и работа со медицинскиот тим (Bloch i Kissane, 2000.).

Психотерапевтите кои работат со онколошки пациенти мора да имаат базични познавања од психоаналитичката теорија и концепт на психосексуалниот развој кои се од големо значење во работата и разбирањето на промените и очекуваните животни кризи во животниот циклус на секоја личност, при што актуелната соматска болест се разгледува во контекст на нормален развој.

Психоаналитичкото знаење допринесува за разбирање на единственоста на особеностите на личноста во структурата на пациентот, специфичните модели на одговор на стрес,

единственоста на одбрамбените механизми, памтењето на единствените искуства, фантазии, мечти, желби, сонови, мисли и чувства (Neuburger, 2000.)

Психотерапевтскиот пристап во работата со онколошките пациенти е индивидуален и се заснова на дефинирање на:

- структурата на личноста на пациентот
- актуелните проблеми
- ситуацијата на пациентот, вклучително и доживувањето и значењето на актуелната болест идентификација на животните настани и кризни ситуации кои би можеле да влијаат на актуелната состојба
- одбраните кои ги користи за да го ублажи стресот предизвикан од болеста, хоспитализацијата и лекувањето
- обрасците на однесување кои ги користел во минатото како можен предиктор на реакција на сегашната ситуација (Gregurek, 2008)

Целите на психотераписките интервениции во лечењето на онколошките пациенти вклучува широк спектар на постапки кои имаат за цел да го разберат пациентот и неговите најчесто неизговорени проблеми (Gregurek, 2008)

Во психоонкологијата некои застапени психотерапевтски модалитети се:

- супортивна терапија,
- когнитивно-бихејвиорална терапија,
- индивидуална
- групна психотерапија.
- психодрама психотерапија.

Супортивна терапија е тераписка интервенција чии цели се дефинирани на самиот почеток на терапијата и се насочени кон јакнење на капацитетите на пациентот за справување со негативните емоции, поттикнвање на адаптивни стратегии за соочување со болеста со што би се унапредил квалитетот на животот. Се разработува „селфот“ на пациентот, сликата за телото, животните улоги, но со доверба и почит (Watson & Kissane, 2011). Онколошките супортивни терапии започнале да се развиваат во втората половина

на дваесеттиот век кога онколошките пациенти барале меѓусебна помош и поддршка, затоа што конвенционалните медицински институции не можеле да ги исполнат сите потреби (Watson & Kissane, 2011).

Когнитивно-бихејвиорална терапија е еден од најчесто користените облици на психолошка подршка на онколошките пациенти. Целта на оваа терапија е да се разбере како ирационалното и негативното размислување влијаат на човекот, неговата способноста оптимално да се справи со стресот, а потоа да му помогне да ги идентификува тие искривени уверувања и автоматски негативни мисли. Овој вид терапија често доведува до подобрување на расположението и намалување на симптомите на депресија.

Идивидуална психотерапија опфаќа индивидуален разговор со пациентот низ отворена комуникација. Важни елементи на терапевтскиот пристап се активното слушање и комуникацијата со пациентот, заинтересираноста за тоа за што се жали, колку трпи, што го загрижува и со што се` се соочува. Целта на оваа терапија е пациентот емоционално да ја прифати болеста, да го корегира погрешниот став кон болеста и лекувањето, да развие мотивација за оздравување, да ја зачува повижноста, да ги подобри функционалните способности, да ги спречи компликациите од болеста, лекувањето и секундарниот инвалидитет, да ги сочува и унапреди здравите животни навики. Со инивидуален разговор се опфатени и членовите на семејството (Berat, 2015).

Групната терапија опфаќа работа во група која ја води едуциран и искусен терапевт. Овој облик на терапија има свое значење на почетокот од средбата на пациентот со малигната болест. Групните сеанси му овозможуваат на болниот да ги вербализира своите сиптоми и да ги сподели своите искуства пред останатите членови на групата и во таа интеракција, секој член од групата осознава дека не е единствен во ова со коешто се соочува и дека не е сам, што од друга страна, доведува до полесно прифаќање на сопствените тегоби. Споделувањето на искуства и информации го зголемуваат знаењето за болеста и лекувањето и го разработува негирањето на болеста од страна на пациентот. Целта во групата е да се разработи и промени чувството на беспомошност и недоверба во околината со взаемна грижа и интерес со другите. Секој член во групата слободно ги

споделува своите мисли и емоции без да се самообвинува и да се чувствува како жртва, без да биде критикуван или осудуван од останатите, што го зајакнува чувството на припадност и прифатеност. Групната психотерапија значи дека болните постојано се во интеракција и меѓусебна комуникација.

Работата во група опфаќа теми кои најмногу ги интересираат онколошките пациенти и се поврзани со здрави животни навики (исхрана, физички активности, контакт со природата...) и тематски работилници кои се наменети за експресија на емоиции и постигнување рамнотежа на ниво мисли-тело-емоции (вежби за релаксација и опуштање, прогресивна мускулна релаксација, автоген тренинг, медитација, арт терапија, мајндфулнес...)

Драма терапијата опфаќа повеќе пристапи и методи во кои драматизацијата се користи за личен раст, емоционално заздравување, конверзија на негативните мисли и однесувања. Импровизацијата е основно средство на драмската терапија (Ilievová, Žitný & Karabová, 2015). Психодрама е креативен тераписки пристап кој користи водена драмска акција на креативен и спонтан начин, за да се истражат подлабоко и увидат проблемите. Психодрама е форма на групна терапија во која се користат акциони техники, при која што, животните ситуации или внатрешниот свет на поединецот се одигруваат на сцена со помош на членовите и водачот на групата, онака како што ги доживува поединецот. Тоа е тераписки пристап кој користи водена драмска акција на креативен и спонтан начин, за да се истражат подлабоко и увидат проблемите, што му овозможува на поединецот да го изрази она што го доживеал во минатото, што не можел да го изрази претходно.

Учесникот во психодрамата низ акција ги истражува не само својата историја, туку и, што е многу поважно, психолошките доживувања како што се неизговорените мисли, средби со оние кои не се присутни или не постојат повеќе во реалноста, ги портретира своите соништа, жеби, фантазии, истражува што другите евентуално би можеле да мислат или чувствуваат кон него, ја испитува алтернативната иднина, како и многу други аспекти на феноменологијата на човечкото искуство. Целта на психодрамата е низ разработување на минатите искуства да се постигне емоционално олеснување и ментално заздравување. Психодрама се применува кај заболени од онколошки болести како монорама или групна

терапија. Во истражувањето на Barzelloni и соработниците (2017), се истражила мултидимензионалната улога на негата кај онколошките пациенти со приена на драмска терапија. Со квалитативна анализа било утврдено дека учеството во драмска терапија довело до подобрување на квалитетот на животот, прифаќањето на болеста и прифаќањето на медицинските третмани.

Мета-анализите на Cochrane за соработливост ја идентификуваат хетерогеноста на мерките на исходот како фактор што го прави тешко да се проценат разликите во психолошките резултати.10,11 Ова е во контраст со друга мета-аналитичка работа која известува за мали до средни придобивки во намалувањето на анксиозноста и депресијата, со што групите повторно се покажале еднакви или помоќни од индивидуалната терапија.12 Вклучен во конструктот на анксиозноста е стравот од повторување кај пациенти со рак во рана фаза.13 Индивидуалните рандомизирани контролирани испитувања (RCT) покажаа како групната терапијата ја спречува клиничката депресија во споредба со нови случаи на депресија меѓу контролните.14 Додека формалните РЦТ имаат дадени придобивки во строго контролираните студии за ефикасност, степенот од корист е ослабен со ефектот на таванот генериран кога сите достапни пациенти, наместо само вознемирените пациенти, имаат биле вклучени во студиите. Дисциплината направи малку работа со демонстрација на преведувањето на овие докажани терапии во рутина клиничка пракса; студии за ефективност во реални услови на клиника се многу потребни во рамките на психо-онкологијата.

Група за психолошка помош и поддршка

Во мај 2020 година заради пандемијата со Ковид 19, Групата за психолошка помош и поддршка на онколошки пациенти започна со програма на Зум платформата, секоја среда од 18 до 21 часот. Работилниците беа од отворен тип и линкот за вклучување на работилницата беше објавуван на фб страната на здруженијата „Љубов сме“ и „Амигдала“. За осмислувањето на содржината на работилниците и работа со групата беа задолжени основачот на Групата и психолозите кои зедоа учество во Групата за

психолошка помош и поддршка кои ги користеа сопствените знаења од областа на здравствената психологија и психотерапијата, со примена на психолошки техники и методи од психолошки и психотерапевтски правци за кои се едуцирале и стекнале соодветни знаења и вештини. Клучните елементи на психосоцијалната помош и поддршка во група се добронамерноста, взаемната почит и довербата помеѓу сите учесници, комуникација базирана на емпатија, како и проценка и реагирање во склад со актуелните потреби на учесниците и истите беа применети како основа на секоја работилница во рамките на Групата. Исто така, од голема важност беше воспоставувањето на квалитетен однос помеѓу терапевтот и клиентот, што е заедничко за секој психотерапевтски правец.

Во групата за психолошка поддршка како психолог, психодрама психотерапевт под супервизија зедов активно учество, од почетокот периодично кога учествуваа повеќе психолози, а во летниот период од јуни до септември 2021 и 2022 година Групата ја водев секоја среда без исклучок, додека останатиот период од годината ротиравме со основачот на групата и повремено се вклучуваа и други психолози.

Малигната болест со својата специфичност носи голема неизвесност и голем психолошки товар. Секоја индивидуа средбата со болеста ја доживува на свој сопствен начин. Справувањето со малигната болест и вклопувањето на промените, што ги носи болеста, во сопствениот систем на секојдневното функционирање претставува голем предизвик за секој кој се соочил со болеста. Истражувањата од областа на психоонкологијата укажуваат на бенефитот од примената на психосоцијална поддршка кај онколошки пациенти за подобрување на квалитетот на животот.

Целта на оваа Група за психолошка помош и поддршка е:

- да ја демистифицира болеста,
- да овозможи соодветни навремени релевантни информации за болеста, клиничките патеки и лекувањето,
- да создаде доверба, да ги охрабри и поттикне заболените на позитивен и активен став кон лекувањето,
- да се споделат личните искуства со болеста,

- да се поттикне развој на вештини за самопомош кај заболените,
- да се поттикнат функционални механизми за справување и соочување со сите негативни ефекти на онколошкото лекување кај заболените,
- да ги намали и отклони тегобите и да се воспоставуви на психичка рамнотежа,
- да се корегираат актуелните конфликтни ситуации кои може да влијаат негативно на дијагностичкиот и терапискиот процес,
- да ги охрабри заболените и поттикне посттрауматски раст кај нив,
- да им помогне на заболените да пронајдат смисла во наизглед бесмислената болест.

Целта на ова истражување е да се направи евалуација на психосоцијалната помош и поддршка, односно да се укаже на бенефитот од организирање и работа на групи за давање на психсоцијална помош и поддршка.

Методи

На работилниците во рамки на Групата за психолошка помош и подршка, која беше од отворен тип, можеше да се вклучи секој кој имаше интерес. Исто така, Групата беше отворена за испитании без оглед на полот, но мажи се вклучија во многу мал број и многу ретко. Испитаничките кои учествуваа во Групата беа на возраст од 19 до 74 години. Во периодот од мај 2020 година до март 2023 година редовно и активно учество зедоа 20 жени онколошки пациентки. Возраста на 20-те жени онколошки пациентки, кои редовно учествуваа во работата на Групата, беше од 40 до 74 години. Секоја од нив имаше различна онколошка дијагноза во различна фаза од болеста. Во ова истражување се вклучени и набљудувани само 20-те редовни учеснички.

Работилниците во рамките на Групата за психолошка помош и поддршка беа организирани и се одржуваа секоја среда од 18 до 21 часот на Зум платформата. Одржувањето на онлајн работилниците им овозможи учество на заинтересирани од различни места од територијата на Македонија. Секоја испитаничка учествуваше во Групата редовно, со исклучок кога беа спречени од лични или здравствени причини. Секоја работилница се состоеше од краток осврт и споделување на искуства и значајни настани од изминатата недела (или од периодот од последното видување до тековната

работилница), психоедукативен дел на одбрана тема, вежба за загревање, акција (работа на одбрана тема), затварање и споделување. Работилниците беа осмислувани и водени од идејата и основните методи на Психодрама терапијата со одредено прилагодување и импровизација. Во голем дел од работилниците се разработуваа улоги и „како да“ ситуации.

Работата на психологот/психотерапевт во група, особено во областа на психоонкологијата опфаќа поседување многу вештини и опфаќа улога на групен терапевт, улога на аналитичар и улога на продуцент. Потребно е да се има основни познавања и едукација од областа на општа психологија, здравствената психологија, психоонкологија, клиничка психологија, психопатологија, психијатрија, индивидуална и групна психотерапија. Задачата на улогата на аналитичар вклучува истовремено разбирање на личните и интерерсоналните феномени како би се дало значење на искуството и би се зголемила свесноста за селфот. Задача на улогата на продуцент (осмислување и реализација на работилниците) вклучува вештини за спроведување на осмисленото во акција која е емоционално стимулирана и интересна.

Податоци за испитаничките се добиваа низ сите делови на работилницата. За потребите на истражувањето се бележеа ставовите на испитаничките без да се открие нивниот идентитет или да се наруши нивната приватност. Од сите испитанички е добиена согласност да се употребат нивните искуства од справувањето со болеста и искуствата споделени како членки во Групата за психолошка помош и поддршка. За мерење и проценка на општото ментално здравје применет е инвентарот Краток прашалник за ментално здравје (Mental Health Inventory - MHI-5) на почетокот од истражувањето и потоа, на крајот од истражувањето.

Резултати од работилниците

На почетокот, во воведниот дел на работилниците беше претставување на психологот и учесниците, но и презентирање на основните правила на групната работа. Основните правила, како доверливост, дискреција, добронамерност, да не се даваат директни совети, да не се критикува, да не се осудува и суди, освен на воведната работилница беа

повторувани честопати во текот на периодот на работата на Групата. Се создадоа услови за развивање на доверба и поврзување помеѓу учесничките.

Во текот на понатамошната работа, во воведниот дел на работилниците се споделуваа искуства, се поставуваа прашања и се бараа мислења и информации во врска со болеста, лечењето и клиничките патеки. Освен тоа, се споделуваа информации кога ќе се добие некој лек кој долго време го нема, кој лекар каде може да се најде, која дијагностичка процедура да се спроведе и каде, кои права ги имаат од социјална и здравствена заштита и друго.

Во психоедукативниот дел од работилниците во некои работилници психоедукација се спроведуваше преку презентации, а во некои устен осврт и излагање на одбрана тема. Учесниците имаа можност по завршувањето на излагањето да дискутираат на темата, да поставуваат прашања и да споделуваат искуства.

Во делот наменет за вежби, се практикуваа осмислени вежби со инструкции и задачи за размислување и креаивно изразување со пишување, цртање, разговарање и примена на различни експесивни техники. Во овој дел исто така, се применуваа техники за релаксација,водена медитација, визуелизација и мајндфулнес. Во некои работилници водените медитации и применетите техники за релаксација беа придружувани со споделување на одбрани видеа со звучни фреквенции со одредени херци за кои се смета дека влијаат на исцелување на телото или пак, видеа со пејзажи и звуци од природата. Вежбите во некои работилници имаа за цел да поттикнат на размислување, за намалување на вознемиреноста, за разработување на негативните уверувања и конвертирање во позитивни уверувања.

Со разработување на улоги се овозможуваше осознавање на потиснатото, се откриваа несвесните фантазии и емоциите кои влијаеле за некои постапки и однесување во некои ситуации и релации.

Се разработуваа „како да“ ситуации на одредена тема. Од учесничките во групата се бараше да „влезат“ во некоја улога и да учествуваат во „како да“ ситуација. Учесничките толку се внесуваа во своите улоги и глума, што допринесуваше работилниците да наликуваат на импровизирана сцена. Во голем дел од работилниците овие техники се

применуваа површински и супортивно. Понекогаш имаше потреба да се разработи некоја улога и да се добие увид од неа или да се види она на кое се работи од друг агол. Без исклучоци, се даваше поддршка и се бодреше секоја учесничка кога и претстоеше некоја интервенција, дијагностичка процедура или лекување.

Во работилници во кои се создаваа услови за подлабоко разработување на улогите и „како да“ ситуациите доаѓаше до јак емоционален набој кој резултираше со катарза. Со разработувањето на катарзичното доживување се добиваше увид, кој понатаму овозможуваше разработување и изнаоѓање оптимално решение за одредениот проблем.

Во делот за споделување и дискусија учесничките даваа повратни информации како се почувствувале, како ја доживеале работата во работилницата и што би понеле како поука и искуство. Учесничките постојано повторуваа колку им значи учествувањето во Групата, затоа што добиле многу потребни инфомации, споделиле информации и искуства, слушнале други искуства и стекнале впечаток дека секој на сличен, но на свој начин го доживува справувањето со болеста и дека не се сами низ ова што поминуваат.

Во рамките на работилниците се разработуваа теми за животот, за смртта и умирањето. Се разработуваа фазите на жалењето и процесот на справување со загуба. Една работилница беше во целост посветена во чест и сеќавање на една од редовните членки на оваа Група за психолошка помош и подршка.

Резултати од истражувањето

Во табелата е даден краток осврт од работата со учесничките и резултат од инвентарот Краток прашалник за ментално здравје (Mental Health Inventory - MHI-5). Учеството и работата во оваа Група допринесе за силна емоционална поврзаност и близина помеѓу учесничките, а истовремено и со психологот. Од името на здружението „Љубов сме“ произлезе меѓусебното ословување со прекарот „Љубовче“. Чувствувам голема

поврзаност, љубов и блискост со учесничките во Групата и затоа почувствував голем отпор во табелата да ги означам со „Испитаник“ или само бројка. Учесничките во Групата, во табелата се означени со Љубовче и број, односно Љ1, Љ2.....Љ20.

Табела бр.7 – Приказ на резултати од МНІ при почеток на друпата и по две години.

	Набљудување на почетокот	Набљудување по 2 години
Љ1	Во поголем дел од времето е неспокојна. Се чувствува потиштено, обесхрабрено и тажно. Се жали на соматски болки. Се чувствува стигматизирано и отфрлено, особено на работното место. Ниско ниво на општо ментално здравје.	Има поминато бројни дијагностички процедури и третмани за лекување. Се чувствува зајакнато и добро се справува со соматските болки и се обидува да ја одржи ведрината и оптимизмот. Високо ниво на општо ментално здравје.
Љ2	Се чувствува загрижено и тажно. Телото го доживува осакатено (мастектомија на дојка). Во овој период е преосетлива и иритабилна. Ниско ниво на ментално здравје.	Работи на своите емоции и на прифаќање на своето тело. Напредува на професионален план и добива јавно признание. Високо ниво на ментално здравје.
Љ3	Се чувствува загрижено заради бројни нус ефекти и алергиски реакции од хемотерапијата. Зголемена вознемиреност и страв заради недостиг на лекови потребни за лекување на канцерот и крајниот исход од лекувањето. Ниско ниво на општо ментално здравје.	Поминати голем број дијагностички процедури и хемотерапии. Впечатливо е тоа што многу полесно го поминува периодот пред и по хемотерапијата. Секојдневните обврски ги завршува со леснотија, а освен тоа им помага и на други на кои им е потребна помош. Високо ниво на ментално здравје.

ЉЂ4	Се чувствува загрижено заради соматски тегоби (срцеви аритмии). Во поголем дел од времето ги потиснува емоциите. Делува воздржано и стабилно. Тагува заради загуба на блиска личност која и е многу значајна. Средно ниво на ментално здравје.	Поминати дијагностички процедури и испитувања. Своето време го поминува опкружена со блиските. Работи на себе и се занимава со хоби кое одамна го сакала, но немала време. Високо ниво на ментално здравје.
ЉЂ5	Во добар дел од времето се чувствува тажно. Посакува повторно да и се врати спокојот . Во поголем дел од времето ги потиснува емоциите. Соматските тегоби ги доживува како „нормален“ дел од справувањето со болеста. Средно ниво на ментално здравје.	Слободното време го поминува занимавајќи се со своето хоби. Се дружи со соседи и пријатели и членува во хор. Високо ниво на ментално здравје.
ЉЂ6	Кажува дека се чувствува изгубено. Нема доволно информации за клиничките патеки за справување со болеста. Ги гледа неправдите кои се случуваат во јавното здравство. Во поголемиот дел од времето е вознемирена, се чувствува обесхрабрено, тажно, стигматизирано. Ниско ниво на ментално здравје.	Се враќа на својата работа која многу и значи. Размислува како да им помогне на другите кои се наоѓаат во иста положба како таа на почетокот од болеста. Времето го поминува со своите блиски. Високо ниво на ментално здравје.

ЉЂ7	Кажува дека во поголем дел од времето се чувствува тажно и потиштено, лесно се расплакува. Не знае како а разговара со нејзините деца за болеста и тоа ја измачува. Нема доволно информации за правата од социјлна заштита. Ниско ниво на ментално здравје.	Се охрабрува да зборува со децата за нејзината болест, но не и за емоционалната состојба. Информаиците и искуствата ги споделува со лицата на кои им се потребни. Средно ниво на ментално здравје.
ЉЂ8	Соочувањето со болеста го доживеала како гром од ведро небо. Се одалечила од блиските пријатели за да не ја гледаат како пати, затоа што била ведра, духовита и дружељубива личност. Ниско ниво на ментално здравје.	Со работа на себе се охрабри да се дружи повторно со пријателите. Високо ниво на ментално здравје.
ЉЂ9	Со болеста се справува околу 20 години. Сега има метастази кои носат последици на целокупното соматско здравје и функционалноста. Тешката здравствена состојба се одразува и на менталното здравје. Ниско ниво на ментално здравје.	Тешката здравствена состојба не` ја спречуваше да учествува на работилниците секогаш кога беше во можност. Во Групата доби корисни информации за можноста за палијативно згрижување. Несебично споделуваше информации за права од социјална заштита. Почината.

ЉЂ10	Во добар дел од времето се чувствува вознемирено,тажно и обесхрабрено. Кажува дека се соочила со многу стресни ситуации. Ниско ниво на ментално здравје.	Освен работа во Група побара и индивидуални сеанси. Ги зајакна своите капацитети за справување со стрес. Голем дел од времето го поминува во природа. Високо ниво на ментално здравје.
ЉЂ11	Се чувствува тажно. Сопственото тело го доживува осакатено. Во поголем дел од времето ги занемарува своите потреби, а другите и нивните потреби ги става на прво место. Средно ниво на ментално здравје.	Своите потреби ги става на прво место, ги одредува своите приоритети и наоѓа начин и време да им помага и на другите. Високо ниво на ментално здравје.
ЉЂ12	Во поголем дел од времето е нервозна од неорганизираноста и неправдите во јавното здравство и недостигот на лекови. „За да се лечи душата, прво треба да се лечи телото.“ Средно ниво на ментално здравје.	Поседува организациски и комуникациски вештини кои ги користи во потрагата по права и правда по институциите. Истрајна и храбра. Почината.
ЉЂ13	Во поголем дел од времето се чувствува загрижено, тажно и неспокојно. Потребни и се информации и насоки за болеста и лекувањето. Ниско ниво на ментално здравје.	Успешно се справува со болеста. Излегува и се дружи со пријателки и ужива во тоа. Ги надминува грижите, тагата и неспокојот, но повторно се соочува со суровоста на канцерот кој метастазира. Ниско ниво на ментално здравје.

Љ14	Во поголем дел од времето се чувствува тажно и потиштено. Се соочила со низа стресни настани и загуби. Ниско ниво на ментално здравје.	Со работа на себе ги ојакна своите капацитети за справување со стрес. Во процес на жалење и справување со загуба. Средно ниво на ментално здравје.
Љ15	Телото го доживува осакатено и се чувствува обесхрабрено и тажно во голем дел од времето. Понекогаш не може да функционира самостојно. Ниско ниво на ментално здравје.	Пополека се прилагодува на својата здравствена состојба и функционалност. Помошта од другите повеќе не ја доживува како неспособност и немоќ. Средно ниво на ментално здравје.
Љ16	Уплашена, загрижена и силно вознемирена од исходот од интервенциите и лекувањето. Ниско ниво на ментално здравје.	Успешно се справува со болеста. Посветена на работата, амбициозна, отворена и дружељубива. Високо ниво на ментално здравје.
Љ17	Потиштена и обесхрабрена. Се соочила со загуба на блиска личност. Не може да го прифати надворешниот изглед. Ниско ниво на ментално здравје.	Ја прифаќа загубата и си го организира животот. Своето тело го прифаќа такво какво што е. Се дружи со пријателки и патува. Високо ниво на ментално здравје.
Љ18	Голем број соматски болки, силни главоболки. Се чувствува вознемирено, потиштено и обесхрабрено. Ниско ниво на ментално здравје.	Соматските болки сеуште се присутни. Се соочува со загуба на блиска личност. Со сопствени сили се справува со здравствената состојба и загубата. Средно ниво на ментално здравје.

ЉЂ19	Се чувствува неспокојно, тажно и обесхрабрено. Се жали на соматски болки. Ниско ниво на ментално здравје.	Се соочува со влошено соматско здравје (метастази) и постојани болки. Загрижена е за сопственото здравје и функционалност. Ниско ниво на ментално здравје.
ЉЂ20	Се чувствува загрижено и неспокојно заради неизвесноста од болеста. Потребни и се информации за болеста, лекувањето и клиничките патеки. Ниско ниво на ментално здравје.	Се справува со болеста. Се занимава со своето креативно хоби кое пополека го развива. Се дружи со пријатели и патува. Високо ниво на ментално здравје.

На почетокот од истражувањето 16 од учесничките имаат ниско ниво на општо ментално здравје, а 4 учеснички имаат средно ниво на општо ментално здравје.

На крајот од истражувањето 2 учеснички имаат ниско ниво на општо ментално здравје, 4 учеснички имаат средно ниво на општо ментално здравје, а 12 учеснички имаат високо ниво на општо ментално здравје. Починати се 2 од учесничките.

Дискусија

Групата за психолошка помош и поддршка е организирана со цел учесниците да се запознаат со психолошкиот аспект на малигната болест и механизмите за справување со психолошките потешкотии, да се поврзат меѓусебно, да стекнат впечаток дека не се сами и дека не се единствени кои се соочуваат со исти или слични потешкотии во процесот на

справување со болеста, да добијат и споделат информации и искуства во една топла, сигурна и слободна средина. Групата, како топла, сигурна и слободна средина ги охрабрува учесниците кога ќе бидат спремни да ги изразат своите емоции, мисли и прифатениот образец на однесување, без да бидат критикувани, исмевани или осудувани.За менталното здравје не се зборува отворено и сеуште владеат стереотипи во однос на менталните болести и состојби. Групната психотерапија и работилниците од овој тип допринесоа за промени во однос на ставот кон важноста од зачувувањето и унапредувањето на менталното здравје, прифаќањето на емоционалните реакции како прифатливи, „нормални“ и човечки и отвореноста кон психотерапијата.

Групата за психолошка помош и поддршка беше организирана и отворена за учесници без оглед на полот, но во склад со општоприфатениот став и уверување дека мажите се посилен пол и не смеат да покажуваат емоции и емоционални реакции, само многу мал број мажи се вклучија во работилници и тоа, многу ретко.

Кај поголемиот број учеснички се јавија забележителни промени во однос на отвореноста, односно на почетокот, како што беше очекувано, учесничките беа отворени до одредени граници, а потоа со постојаноста, стекнувањето доверба и сплотеноста стануваа се поотворени во изразувањето на емоциите, мислењата, ставовите и очекувањата. Во голема мера беше изразена добронамерноста и спремноста за споделување информации и искуства.Вежбите за мускулна релаксација, водена медитација, визуелизација и мајндфулнес, во зависност од тоа што се очекува од вежбата, кај голем број учеснички пробудија свесност за сопственото тело, присутност во „сега и овде“, подигнување на свесноста за грижа за себе и важноста од разбирање и задоволување на сопствените потреби. Голем број учеснички го оценија гласот на психологот како топол, смирувачки и милозвучен.

Во вежбите за запознавање со емоциите и емоционалните состојби се даваа инструкции за визуелизација на емоцијата или емоционалната состојба на која се работи, а потоа следеше разработување преку експресивни техники, арт терапија или играње на улоги. Во некои работилници, беа дадени инструкции да се визуелизира канцерот и да се визуелизира стратегија за борба и негово конечно уништување. Некои од испитаничките

канцерот го нарекуваа „потстанар“, „натрапник“, „чудовиште“ , „чума“. Овие вежби овозможуваа привремено чувство на контрола над болеста, влевање надеж дека канцерот не е непобедлив и намалување на загриженоста за исходот од болеста и лекувањето.

Во делот од работилниците за работа на себе, голем број од учесничките ги откриј своите заборавени таленти и се охрабрија да ги претворат во некое хоби, се охрабрија на здрави животни навики, контакт со природата и грижа за себе.

Одржувањето на работилници во рамки на Групата за психолошка помош и поддршка има своја сврха и бројни бенефити. Во однос на поврзувањето, учесничките се зближија и организираа средби и дружења и надвор од рамките на Групата, се сметаат за емоционално блиски и „свои“ и се канеа на прослави по повод пензионирање, роденден, вселување во стан, приватни забави... Поврзаноста продолжува и на интимна Вибер група во која освен учесничките, вклучени се и двајца психолози.

Токму постоењето на Групата за психолошка помош и поддршка и согледувањето на бенефитот од неа ме поттикна да направам истражување за ефективноста од психолошката помош и поддршка кај онколошки пациенти. Овој тип на психолошка помош и поддршка е прв и единствен во нашата средина. Исто така, ова истражување е прво и единствено од ваков тип во нашата средина.

Истражувањето на литературата од областа на психосоматиката, онкологијата, психоонкологијата и мапирањето на актуелните проблеми со кои се соочуваат онколошките пациенти во нашата средина поттикнаа нови идеи за креирање и организирање на работилници од ваков и сличен тип, психоедукативни работилници и материјали, проекти, истражувања и публикации во интеракција и соработка со онколошки пациенти.

II МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ

ПРЕДМЕТ И ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Истражувачки проблем

Главен проблем во ова истражување е да се направи евалуација на ефективноста од пружањето психолошка поддршка и психо – социјална помош на жените онколошки пациенти. Истражувањето треба да даде одговор на следните прашања:

- Дали психолошката поддршка и психо-социјалната помош го подобруваат општото ментално здравје и психолошкото функционирање на жените онколошки пациенти во процесот на справување со болеста.
- Дали е присутна статистички значајна разлика на консеквенции од карциномот, по однос на менталното здравје, кај лица кои не добиле психо-социјална помош и психолошка поддршка по однос на испитаници кои добиле психо-социјална помош и психолошка поддршка.

Задачи на истражувањето

Да се согледа менталното здравје на жените онколошки пациенти и да се направи проценка во однос на ефективноста на пруженатa психолошка помош и психо-социјална помош врз целокупното менталното здравје на жените онколошки пациенти.

Истражувачки хипотези

Х1 - Се претпоставува дека психолошката поддршка и психо-социјалната помош би го подобриле општото ментално здравје и психолошкото функционирање на жените онколошки пациенти во процесот на справување со болеста.
Х2 – Се претпоставува дека е присутна статистички значајна разлика на консеквенции од карциномот кај жени онколошки пациенти, кои не добиле психо-социјална помош и психолошка поддршка по однос на жени онколошки пациенти кои добиле психо-социјална помош и психолошка поддршка.

МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

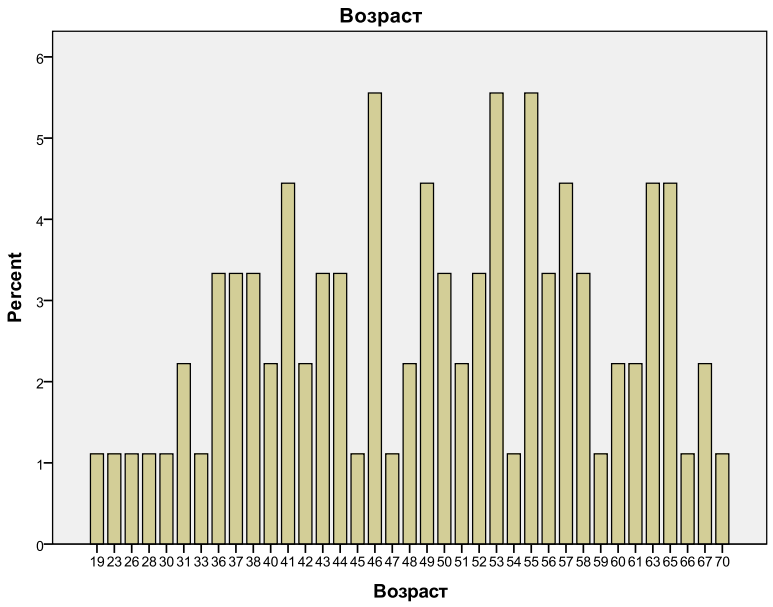
Метод

Истражувањето е од неекспериментален тип.

Популација и примерок

Во истражувањето примерокот е од 92 жени, на возраст од 19 до 66 години дијагностицирани со онколошка болест во било која фаза од болеста, од цела Македонија.

Табела бр. 8 – Табеларен приказ на примерок



Варијабли

- Жени онколошки пациентки корисници на психо-социјална помош
- Жени онколошки пациентки корисници на психолошка подршка
- Жени онколошки пациентки кои не користат психо-социјална помош
- Жени нколошки пациентки кои не користат психолошка поддршка

Мерни инструменти

За потребите на ова истражување, користена е батерија од 3 психолошки прашалници и скали. Инструментите се преведени и адаптирани за конкретниот примерок.

I Краток прашалник за менталното здравје – MHI 5

За мерење на општото ментално здравје се користи Краток прашалник за ментално здравје (Инвентар за ментално здравје - MHI-5; Berwick et al., 1991; Davies и ал., 1988). Прашалникот содржи пет прашања наменети за мерење на општото ментално здравје. Честичките на прашалникот ги покриваат основните домени на менталното здравје. Задачата на испитаникот е да ја оцени како се чувствувал во периодот од минатиот месец со определување од колкав степен секое тврдење одговара на неговата состојба за секое од прашањата во фреквенција од 1 = цело време до 6 = никогаш.

Домени на прашалникот вклучуваат:

- ✓ анксиозност (Колку често сте биле многу нервозни?),
- ✓ депресија (Колку често сте се чувствувавте обесхрабрено и тажно?),
- ✓ општ позитивен ефект (Колку често бевте среќни?)
- ✓ контрола на однесувањето/емоцииите (Колку често сте се чувствувале толку депресивни што сте ништо не може да Ве разведри?).

Резултатот се добива како збир на резултатите на сите честички, при што обратно се бодуваат двете честички кои се користат за тестирање на општиот позитивен ефект (честички 2 и 5). Вкупниот резултат се формира како збир на резултатите на сите честички, каде што повисокиот резултат се однесува на повисоко ниво на општо ментално здравје.

Теоретскиот опсег на бруто резултати се движи од 5 до 30 имајќи предвид дека е користена оригиналната скала за одговори од 6 поени, моделирана по оригиналната верзија на прашалникот - MHI-38 (Davies et al., 1988). Исто така, во истражувањето во кое се користи Краткиот прашалник за менталното здравје (MHI-5), особено при определување на граничните точки, често се користи наместо бруто резултатите, кои се добиваат со линеарна трансформација на резултатите на скалата кои се движат од 0 до 100 (види на пр. Кели и сор., 2008; Торсен и сор., 2013; Јамазаки и сор., 2005).

II Скала за депресивност, стрес и анксиозност – DASS

За мерење на депресивност, анксиозност и стрес се користи скалата DASS. Скалата DASS е развиена на неклинички примерок од адолесценти и возрасни. Се состои од 42 честички со структура од три фактори и се состои од потскала на депресија, потскала на анксиозност и потскала на стрес, од кои секоја има 14 ставки.

- Подскала на депресија, се однесува на симптомите на дисфорија, безнадежност, самодевалвација, апатија и недостаток на интерес.
- Подскалата на анксиозност се однесува на возбудувањето на автономниот систем и ситуационота анксиозност.
- Скалата на стрес вклучува индикатори за хронична, неспецифична возбуда, тешкотии во релаксација, возбуда, нетрпеливост итн.

Коефициентите на доверливост за споменатите потскали варираат од 0,71 за потскалата на депресија, 0,79 за потскалата на анксиозност и 0,81 за потскалата на стрес. Во однос на валидноста на потскалите, авторите на скалата пронашле врска помеѓу потскалата на анксиозност и Бековиот инвентар на анксиозност (BAI) од 0,81, додека корелацијата на потскалата на депресијата со Бековата скала на депресија 0,74.

Испитаниците одговараат со заокружување на соодветниот број пред тврдењето за определување во колкав степен секое тврдење одговара на испитаникот (0 – воопшто не важи за мене, 1 - донекаде важи за мене, 2- воглавно важи за мене, 3 – целосно важи за мене).

Вкупен резултат се формира како линеарна комбинација на проценки по одделни потскали.Потребно е да се да се нагласи дека, иако првично скалата била применета на специфичен неклинички примерок, се покажала како погодна за употреба во истражувачки цели. Во оригиналната форма скалата развиена е на неклинички примерок од испитаници што ја прави погодна за примена на примероци од адолесценти и возрасни. Авторите на оригиналот наведуваат дека скалата е соодветна и за употреба на примероци од деца над 12 години.

Во клинички примерок, скалата изгледа погодна за објаснување на емоционалните извори на анксиозност, како дел од поширокатa клиничка опсервација. Основната функција на скалата е проценка на сериозноста на основни симптоми на депресија, анксиозност и стрес, додека за откривање примерок од поединци кои се клинички депресивни, анксиозни или стресни пациенти треба да подлежат на комплетна клиничка опсервација. Врз основа на податоците добиени со помош на скалата DASS, не може да се извлечат директни импликации за класифицирање на поединци во категории наведени со прирачници како што се ДСМ или МКБ.

III Инвентар на пост-трауматски раст – PTGI

Прашалникот за посттрауматски раст е дизајниран да ја испита проценката на промените во личната сила, социјалните односи и животната филозофија по трауматско искуство. Најмногу се користи при оценувањето на реакција на воените искуства на ветераните, на искуството од природни катастрофи и на луѓето кои страдаат од малигни заболувања.

Прашалникот се состои од 21 изјава кои ги испитуваат промените во пет области кои можат да се појават по трауматско искуство (на пр. малигно заболување):

- односи со другите (7 изјави, вложувам повеќе труд во односите со другите),
- нови можности (5 изјави, имам воспостави нов животен пат.),
- лична сила (4 изјави, знам дека можам подобро да се справам со тешкотиите.),
- духовни промени (2 изјави, јас сум порелигиозен.) и
- вредности на животот (3 изјави, повеќе го ценам сопствениот живот.).

Учесниците го проценуваат степенот до кој доживеале промени на скала од шест точки (0 = не сум доживеал промена, 1 = доживеав промена во изразено мала мера, 2 = доживеав промена во мала мера, 3 = доживеав умерена промена, 4 = доживеав промена во значајна мера, 5 = доживеав промена во исклучително голема мера).

Вкупниот резултат се одредува како збир на сите оценки и се движи од 0 до 105, но може да се пресмета и посебен резултат за секоја област на раст. Општо земено, повисок резултат укажува на повисоко ниво на посттрауматски раст вкупно или во одредена област на промени.

III АНАЛИЗА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Статистички анализи

Сите статистички анализи се направени со помош на Статистичкиот пакет за општествени науки (SPSS) (Version 19).

- Направени се анализи за да се тестира дали групата којашто користи психолошка поддршка и психосоцијална помош има подобро општо ментално здравје во споредба со контролна група која не користи психолошка поддршка и психосоцијална помош, со што ќе се процени ефективноста од користење на психосоицјални интервенции.
- За тестирање хипотезите 1 и 2 резултатите на општото ментално здравје, анксиозноста, стресот, депресијата и пост-трауматскиот раст беа претворени во бодови.
- За испитување на поврзаноста на повеќе категорички показатели користен е Пирсонов коефициент на корелација.
- Користени се т - тестови за да се утврди дали има значителни разлики помеѓу бодовите од двете групи.
- Голем дел од работата беше насочена за евалуација на ефикасноста од психолошката подршка и психосоцијалната помош.

Резултати од дескриптивна статистика

Табела бр. 9 – Корисници на психолошка помош и поддршка

Користи психолошка помош и поддршка

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	39	42.4	42.4	42.4
	Не	53	57.6	57.6	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Од табелата може да се види дека од вкупниот број на испитаници, 39 користат, а 53 испитаници не користат психолошка помош и поддршка.

Табела бр.10 – Корисници на психотераписки интервенции и третмани

Користи психотераписки интервенции и третмани

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	29	31.5	31.5	31.5
	Не	63	68.5	68.5	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Од табелата може да се види дека од вкупниот број испитаници, 29 користат, а 63 не користат психотераписки интервенции и третмани.

Табела бр.11 – Членови на група за самопомош

Членува во група за самопомош

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	61	66.3	66.3	66.3
	Не	31	33.7	33.7	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Од табелата може да се види дека од вкупниот број испитаници, 61 испитаници членуваат во група за самопомош, а 31 испитаници не членуваат во група за самопомош.

Табела бр. 12 – Членови во здружение

Членува во здружение

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Да	52	56.5	56.5	56.5
	Не	40	43.5	43.5	100.0
	Total	92	100.0	100.0	

Од вкупниот број испитаници, 52 испитаници членуваат во здружение за онколошкипациенти, а 40 не членуваат.

Табела бр. 13 - Ментално здравје по однос на психолошка поддршка и психосоцијална помош

Ментално здравје по однос на психолошка поддршка и психосоцијална помош

				Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Користи ли психосоцијална помош	Between Groups	(Combined)		.156	2	.078	.506	.604
		Linear Term	Unweighted	.117	1	.117	.759	.386
			Weighted	.010	1	.010	.062	.804
			Deviation	.146	1	.146	.951	.332
	Within Groups			13.703	89	.154		
	Total			13.859	91			
Користи ли психолошка поддршка	Between Groups	(Combined)		.641	2	.321	1.286	.281
		Linear Term	Unweighted	.066	1	.066	.264	.609
			Weighted	.132	1	.132	.529	.469
			Deviation	.509	1	.509	2.044	.156
	Within Groups			22.185	89	.249		
	Total			22.826	91			

Во однос на користење на психолошка поддршка и психосоцијална помош, од 92 испитаници, се покажало дека:

- 4 се со ниско ниво на ментално здравје (4.3%)
- 49 се со средно ниво на ментално здравје (53.3%)
- 39 се со високо ниво на ментално здравје (42.4)

Табела бр. 14 - Дескриптивна статистика за пост-трауматски раст

			N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	Between-Component Variance
							Lower Bound	Upper Bound			
Користи ли психосоцијална помош	Нема пост-трауматски раст		10	1.6000	.51640	.16330	1.2306	1.9694	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во мала мера		11	1.2727	.46710	.14084	.9589	1.5865	1.00	2.00	
	Умерен пост-трауматски раст		21	1.0952	.30079	.06564	.9583	1.2322	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во голема мера		38	1.1579	.36954	.05995	1.0364	1.2794	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во изразено голема мера		12	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00	
	Total		92	1.1848	.39025	.04069	1.1040	1.2656	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.36268	.03781	1.1096	1.2599			
		Random Effects				.09414	.9234	1.4462			.02796
Користи ли психолошка поддршка	Нема пост-трауматски раст		10	1.7000	.48305	.15275	1.3544	2.0456	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во мала мера		11	1.6364	.50452	.15212	1.2974	1.9753	1.00	2.00	
	Умерен пост-трауматски раст		21	1.4762	.51177	.11168	1.2432	1.7091	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во голема мера		38	1.5263	.50601	.08209	1.3600	1.6926	1.00	2.00	
	Пост-трауматски раст во изразено голема мера		12	1.5000	.52223	.15076	1.1682	1.8318	1.00	2.00	
	Total		92	1.5435	.50084	.05222	1.4398	1.6472	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.50693	.05285	1.4384	1.6485			
		Random Effects				.05285a	1.3967a	1.6902a			-.00828

Во однос на користење на психолошка поддршка и психосоцијална помош, од 92 испитаници се покажува дека кај :

- 10 нема пост-трауматски раст (10.9%)
- 11 има пост-трауматски раст во мала мера (12%)
- 21 има умерен пост-трауматски раст (22.8%)
- 38 има пост-трауматски раст во голема мера (41.3%)
- 12 има пост-трауматски раст во изразено голема мера (13%)

Табела бр. 15 – Дескриптивна статистика за стрес

Дескриптивна статистика за стрес

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	Between-Component Variance
						Lower Bound	Upper Bound			
Користи ли психосоцијална	Нормално	55	1.1636	.37335	.05034	1.0627	1.2646	1.00	2.00	
	Благо	13	1.3077	.48038	.13323	1.0174	1.5980	1.00	2.00	

помош	Средно		13	1.1538	.37553	.10415	.9269	1.3808	1.00	2.00	
	Тешко		9	1.2222	.44096	.14699	.8833	1.5612	1.00	2.00	
	Многу тешко		2	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00	
	Total		92	1.1848	.39025	.04069	1.1040	1.2656	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.39457	.04114	1.1030	1.2665			
		Random Effects				.04114[a]	1.0706[a]	1.2990[a]			-.00566
Користи ли психолошка поддршка	Нормално		55	1.6182	.49031	.06611	1.4856	1.7507	1.00	2.00	
	Благо		13	1.4615	.51887	.14391	1.1480	1.7751	1.00	2.00	
	Средно		13	1.3846	.50637	.14044	1.0786	1.6906	1.00	2.00	
	Тешко		9	1.4444	.52705	.17568	1.0393	1.8496	1.00	2.00	
	Многу тешко		2	1.5000	.70711	.50000	-4.8531	7.8531	1.00	2.00	
	Тота		92	1.5435	.50084	.05222	1.4398	1.6472	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.50300	.05244	1.4392	1.6477			
		Random Effects				.05244[a]	1.3979[a]	1.6891[a]			-.00363

Во однос на користење на психолошка поддршка и психосоцијална помош, од 92 испитаници, се покажало дека кај :

- 55 има нормално ниво на стрес (59.8%)
- 13 има благо ниво на стрес (14.1%)
- 13 има средно ниво на стрес (14.1%)
- 9 има тешко ниво на стрес (9.8%)
- 2 има многу тешко ниво на стрес (2.2%)

Табела бр. 16 – Дескриптивна статистика за анксиозност

Дескриптивна статистика за анксиозност

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	Between-Component Variance
						Lower Bound	Upper Bound			
Користи ли психосоцијална помош	Нормално	37	1.1892	.39706	.06528	1.0568	1.3216	1.00	2.00	
	Благо	10	1.1000	.31623	.10000	.8738	1.3262	1.00	2.00	
	Средно	16	1.1250	.34157	.08539	.9430	1.3070	1.00	2.00	

	Тешко		15	1.2667	.45774	.11819	1.0132	1.5202	1.00	2.00	
	Многу тешко		14	1.2143	.42582	.11380	.9684	1.4601	1.00	2.00	
	Total		92	1.1848	.39025	.04069	1.1040	1.2656	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.39561	.04125	1.1028	1.2668			
		Random Effects				.04125[a]	1.0703[a]	1.2993[a]			-.00558
Користи ли психолошка поддршка	Нормално		37	1.5676	.50225	.08257	1.4001	1.7350	1.00	2.00	
	Благо		10	1.5000	.52705	.16667	1.1230	1.8770	1.00	2.00	
	Средно		16	1.5000	.51640	.12910	1.2248	1.7752	1.00	2.00	
	Тешко		15	1.5333	.51640	.13333	1.2474	1.8193	1.00	2.00	
	Многу тешко		14	1.5714	.51355	.13725	1.2749	1.8679	1.00	2.00	
	Total		92	1.5435	.50084	.05222	1.4398	1.6472	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.51129	.05331	1.4375	1.6494			
		Random Effects				.05331[a]	1.3955[a]	1.6915[a]			-.01402

Во однос на користење на психолошка поддршка и психосоцијална помош, од 92 испитаници, се покажало дека кај :

- 37 има нормално ниво на анксиозност (40.2%)
- 10 има благо ниво на анксиозност (10.9%)
- 16 има средно ниво на анксиозност (17.4%)
- 15 има тешко ниво на анксиозност (16.3%)
- 14 има многу тешко ниво на анксиозност (15.2%)

Табела бр. 17 – Дескриптивна статистика за депресија

Дескриптивна статистика за депресија

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	Between-Component Variance
						Lower Bound	Upper Bound			
Користи ли психосоцијална помош	Нормално	52	1.1731	.38200	.05297	1.0667	1.2794	1.00	2.00	
	Благо	14	1.2143	.42582	.11380	.9684	1.4601	1.00	2.00	
	Средно	13	1.0769	.27735	.07692	.9093	1.2445	1.00	2.00	

	Тешко		8	1.2500	.46291	.16366	.8630	1.6370	1.00	2.00	
	Многу тешко		5	1.4000	.54772	.24495	.7199	2.0801	1.00	2.00	
	Total		92	1.1848	.39025	.04069	1.1040	1.2656	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.39279	.04095	1.1034	1.2662			
		Random Effects				.04095[a]	1.0711[a]	1.2985[a]			-.00314
Користи ли психолошка поддршка	Нормално		52	1.5577	.50151	.06955	1.4181	1.6973	1.00	2.00	
	Благо		14	1.5714	.51355	.13725	1.2749	1.8679	1.00	2.00	
	Средно		13	1.4615	.51887	.14391	1.1480	1.7751	1.00	2.00	
	Тешко		8	1.3750	.51755	.18298	.9423	1.8077	1.00	2.00	
	Многу тешко		5	1.8000	.44721	.20000	1.2447	2.3553	1.00	2.00	
	Total		92	1.5435	.50084	.05222	1.4398	1.6472	1.00	2.00	
	Model	Fixed Effects			.50471	.05262	1.4389	1.6481			
		Random Effects				.05262[a]	1.3974[a]	1.6896[a]			-.0061

Во однос на користење на психолошка поддршка и психосоцијална помош, од 92 испитаници, се покажало дека кај :

- 52 има нормално ниво на депресија (56.5%)
- 14 има благо ниво на депресија (15.2%)
- 13 има средно ниво на депресија (14.1%)
- 8 има тешко ниво на депресија (8.7%)
- 5 има многу тешко ниво на депресија (5.5%)

Корелација

Корелацијата ги опишува јачината и правецот на линеарната врска помеѓу две променливи. Со SPSS се пресметани повеќе статистички показатели.

Табела бр. 18 – Пирсонов коефициент на корелација за ниво на ментално здравје

Пирсонов коефициент на корелација за ниво на ментално здравје

		Ниво на ментално здравје	Користи ли психолошка поддршка	Користи психосоцијална помош
Pearson Correlation	Ниво на ментално здравје	1.000	.076	.026
	Користи ли психолошка поддршка	.076	1.000	.268
	Користи психосоцијална помош	.026	.268	1.000
Sig. (1-tailed)	Ниво на ментално здравје	.	.236	.402
	Користи ли психолошка поддршка	.236	.	.005
	Користи психосоцијална помош	.402	.005	.
N	Ниво на ментално здравје	92	92	92
	Користи ли психолошка поддршка	92	92	92
	Користи психосоцијална помош	92	92	92

Во табелата се претставени заедно корелации за Ниво на ментално здравје во однос на тоа дали користи психолошка поддршка и психосоцијална помош. Објавени се прелиминарни анализи за да се докаже задоволување на претпоставките за нормалноста, линеарноста и хомогеноста на варијансата. Пресметана е јака позитивна корелација помеѓу користење на психолошка поддршка и нивото на ментално здравје r= 0.076, n= 92, при што користењето на психолошка подршка е поврзано со повисоко ниво на субјективно доживување на општото ментално здравје кај онколошките пациентки.Пресметана е позитивна и мала корелација помеѓу користење на психосоцијална помош и ниво на ментално здравје r= 0,026, n= 92.

Во следната табела се претставени корелации помеѓу повеќе променливи. Објавени се прелиминарни анализи за да се докаже задоволување на претпоставките за нормалноста, линеарноста и хомогеноста на варијансата.

Постои позитивна и голема корелација помеѓу пост-трауматски раст со општото ментално здравје r= 0,199, негативна и голема корелација помеѓу пост-трауматски раст со ниво на стрес r= - 0,253, негативна и голема корелација помеѓу пост-трауматски раст со анксиозност r= - 0,136, негативна и голема корелација помеѓу пост-трауматски раст со депресија r= - 0,257, негативна и умерена корелација помеѓу пост- трауматски раст со психолошка поддршка r= - 0,109, негативна и голема корелација помеѓу пост-трауматски раст и психосоцијална помош r= -0,352.

Постои позитивна и голема корелација помеѓу општото ментално здравје и пост-трауматски r= 0,199, негативна и многу голема корелација помеѓу општото ментално здравје со ниво на стрес r= -0,660, негативна и многу голема корелација помеѓу општото ментално здравје со анксиозност r= -0,668, негативна и многу голема корелација помеѓу општото ментално здравје со депресија r= -0,632, позитивна и голема корелација помеѓу општото ментално здравје со психолошка поддршка r= 0,076, позитивна и мала и корелација помеѓу општото ментално здравје и психосоцијална помош r= -0,026.

Постои позитивна и многу голема корелација помеѓу стресот и анксиозноста r= 0,740 и депресијата r=0,761 при што стресот во голема мера е поврзан со високо ниво анксиозност и депресија.

Постои позитивна и многу голема корелација помеѓу анксиозноста и депресијата r=0,808 при што анксиозноста и депресијата се поврзани во многу голема мера.

Пресметана е голема и негативна корелација помеѓу користење на психолошка поддршка и стресот r= - 0.158, n= 92, мала и негативна корелација помеѓу користење на психолошка поддршка и анксиозноста r= - 0,010 и депресијата r= - 0,011, при што користењето на психолошка подршка е поврзано со пониско ниво на субјективно доживување на стрес, анксиозност и депресија кај онколошките пациентки.

Табела бр. 19 – Корелации помеѓу варијабли

ж

		Ниво на пост-трауматски раст	Ниво на ментално здравје	Ниво на стрес	Ниво на анксиозност	Ниво на депресија	Користили психолошка поддршка	Користили психосоцијална помош
Ниво на пост-трауматски раст	Pearson Correlation	1	.199	-.253*	-.136	-.257*	-.109	-.352**
	Sig. (2-tailed)		.057	.015	.197	.014	.302	.001
	Sum of Squares and Cross-products	126.554	12.207	-30.935	-22.185	-34.304	-5.848	-14.728
	Covariance	1.391	.134	-.340	-.244	-.377	-.064	-.162
	N	92	92	92	92	92	92	92
Ниво на ментално здравје	Pearson Correlation	.199	1	-.660**	-.688**	-.632**	.076	.026
	Sig. (2-tailed)	.057		.000	.000	.000	.472	.804
	Sum of Squares and Cross-products	12.207	29.685	-39.152	-54.402	-40.957	1.978	.533
	Covariance	.134	.326	-.430	-.598	-.450	.022	.006
	N	92	92	92	92	92	92	92
Ниво на стрес	Pearson Correlation	-.253*	-.660**	1	.740**	.761**	-.158	.008
	Sig. (2-tailed)	.015	.000		.000	.000	.132	.939
	Sum of Squares and Cross-products	-30.935	-39.152	118.478	116.978	98.435	-8.217	.326
	Covariance	-.340	-.430	1.302	1.285	1.082	-.090	.004
	N	92	92	92	92	92	92	92

Ниво на анксиозност	Pearson Correlation	-.136	-.688**	.740**	1	.808**	-.010	.048
	Sig. (2-tailed)	.197	.000	.000		.000	.922	.652
	Sum of Squares and Cross-products	-22.185	-54.402	116.978	210.728	139.435	-.717	2.576
	Covariance	-.244	-.598	1.285	2.316	1.532	-.008	.028
	N	92	92	92	92	92	92	92
Ниво на депресија	Pearson Correlation	-.257*	-.632**	.761**	.808**	1	-.011	.079
	Sig. (2-tailed)	.014	.000	.000	.000		.913	.456
	Sum of Squares and Cross-products	-34.304	-40.957	98.435	139.435	141.304	-.652	3.478
	Covariance	-.377	-.450	1.082	1.532	1.553	-.007	.038
	N	92	92	92	92	92	92	92
Користи ли психолошка поддршка	Pearson Correlation	-.109	.076	-.158	-.010	-.011	1	.268**
	Sig. (2-tailed)	.302	.472	.132	.922	.913		.010
	Sum of Squares and Cross-products	-5.848	1.978	-8.217	-.717	-.652	22.826	4.761
	Covariance	-.064	.022	-.090	-.008	-.007	.251	.052
	N	92	92	92	92	92	92	92
Користи ли психосоцијална помош	Pearson Correlation	-.352**	.026	.008	.048	.079	.268**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.804	.939	.652	.456	.010	
	Sum of Squares and Cross-products	-14.728	.533	.326	2.576	3.478	4.761	13.859
	Covariance	-.162	.006	.004	.028	.038	.052	.152
	N	92	92	92	92	92	92	92

Т – тест

SPSS има повеќе видови на т- тестови. За споредба на средната вредност на користење на психолошка помош и поддршка е употребен т-тест на совпаднати парови за прашањето: Дали постои значајна разлика помеѓу средните вредности на општото ниво на непрекината варијабла (ментално здравје, стрес, анксиозност и депресија) и користење на психолошка помош и подршка - категориска варијабла (користи/ не користи).

Табела бр. 20 – Т – тест

			Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
1	Pair 1	Користи психолошка помош и поддршка- Ниво на депресија	-1,92308)	1,66045	,26588	-2,46133)	-1,38482)	-7,233)	38	,000
	Pair 2	Користи психолошка помош и подршка – Ниво на анксиозност	-2,66667)	1,57836	,25274	-3,17831)	-2,15502)	-10,551)	38	,000
	Pair 3	Користи психолошка помош и подршка – Ниво на стрес	-2,28205)	1,66936	,26731	-2,82320)	-1,74091)	-8,537)	38	,000
	Pair 4	Користи психолошка помош и	-18,07692)	1,75296	,28070	-18,64517)	-17,50868)	-64,400)	38	,000

2	Pair 1	Користи психолошка помош и подршка – Ниво на депресија	-,71698)	1,73624	,23849	-1,19555)	-,23842)	-3,006)	52	,004
	Pair 2	Користи психолошка помош и поддршка- Ниво на анксиозност	-1,52830)	1,70524	,23423	-1,99832)	-1,05828)	-6,525)	52	,000
	Pair 3	Користи психолошка помош и поддршка – Ниво на стрс	-1,03774)	1,60483	,22044	-1,48008)	-,59539)	-4,708)	52	,000
	Pair 4	Користи психолошка помош и поддршка – ментално здравје	-17,16981)	2,11892	,29106	-17,75386)	-16,58576)	-58,991)	52	,000

За проценка на разликта помеѓу двете групи е разгледана вредноста во колоната Sig.(2 tailed) при што е утврдено дека бројките се помали од 0,05 и постои значајна разлика помеѓу средните вредности на зависната променлива во двете групи.

Треба да се заклучи дека постои значајна разлика помеѓу општото ментално здравје, стресот, анксиозноста и депресијата во двете групи.

ДИСКУСИЈА

Овој магистерски труд произлезе од работаата во Групата за психолошка помош и поддршка во која, во текот на работењето беа согледани различните психолошки и психо-социјални проблеми со кои се соочуваат заболените од различни малигни болести од моментот на поставувањето на дигагнозата и во текот на целокупната траекторија на лекувањето и справувањето со малигната болест.

Во литературата од областа на психоонкологијата се наведуваат разликите помеѓу психосоцијалната поддршка и психолошката и психотерапевтската помош (Grassi i Riba, 2012). Заради потенцираните разлики, при обработката на податоците, истите беа класифицирани во групи, односно испитаничките кои користат психолошка помош и психотерапија беа класифицирани во една група, додека испитаничките кои користат само психосоцијална поддршка се класифицирани во друга група.

Резулататите од истражувањето покажуваат дека испитаничките кои користат психолошка поддршка имаат повисоко ниво на општо ментално здравје во однос на испитаничките кои користат само психосоцијална помош, односно оние кои не користеле психолопшки третмани. Пресметана е јака позитивна корелација помеѓу користење на психолошка поддршка и нивото на ментално здравје r= 0.076, n= 92, при што користењето на психолошка подршка е поврзано со повисоко ниво на субјективно доживување на општото ментално здравје кај онколошките пациентки.

Во однос на посттрауматски раст, испитаничките кои користат психолошка помош и психосоцијална поддршка покажале посттрауматки раст во голема и изразено голема мера. Понатаму, во истражувањето се разгледува корелацијата помеѓу општото ментално здравје, стресот, анксиозноста, депресијата и посттрауматскиот раст.

Високото ниво на ментално здравје е во висока и позитивна корелација со посттрауматскиот раст, односно испитаничките кои покажале високо ниво на ментално здравје имаат и високо ниво на посттрауматски раст.

Од друга страна, високото ниво на стрес, анксиозност и депресија се во висока и негативна корелација со општото ментално здравје, односно кога е високо нивото на стрес, менталното здравје е на пониско ниво, високо ниво на анксиозност доведува до пониско ниво на ментално здравје и високо ниво на депресија допринесува за ниско ниво на ментаално здравје.

Бројни студии укажуваат на ефектите од психолошки интервенции и термани за намалување на вознемиреноста, анксиозноста и депресијата. Техниките за релаксација се покажале како ефикасни во намалувањето психолошка вознемиреност поврзана со широк спектар на различни третмани за рак и управување со симптоми поврзани со третман (Leon-Pizarro & al. 2007; Nunes & al, 2007; Burish & Jenkins, 1992; Burish & al, 1991; reviews: Luebbert & al., 2001, Redd & al,2001).

ЗАКЛУЧОК

Истражувањата покажале дека психосоцијалната и психолошката поддршка ги активираат и јакнат сопствените капацитети на онколошките пациенти во процесот на справување со малигната болест. Квалитативната анализа на организирана група за група за поддршка покажала дека организирањето на група има своја сврха и многубројни бенефити, пред се во прифаќањето на болеста, надминување на емоционалните блокади, јакнење на капацитетите на селфот и ориентирање на останатите животни околности и покрај сопствената малигна болест (Raspopović, 2021).

Испитаничките кои користат психосоцијална и психолошка поддршка добиваат информации, емоционална поддршка, користат некои од експресивните техники, работат на вештини и работат на себе и на надминување на емоционалните потешкотии. Резултатите од ова истражување укажуваат на позитивното влијание од психолошката помош и поддршка. Психолошката помош и поддршка во голема мера влијае на подобрување на нивото на општото ментално здравје и на намалување на последиците од карциномот по однос на менталното здравје, односно влијае на намалување на стресот, анксиозноста и депресијата и влијае за посттрауматски раст.

Идејата на ова истражување беше да се спроведе на клиниката за Онкологија и да бидат вклучени испитаници од машки и женски пол од цела Македонија.

Ограничување на ова истражување беше влијанието од пандемијата со Ковид -19 за да може да се спроведе на Клиниката за Онкологија. Од друга страна, во истражувањето се вклучија многу мал број мажи, по што истражувањето се спроведе само со испитанички од женски род. Олеснителна околност беше таа, што истражувањето можеше да се спроведе онлајн и можеа да учествуваат испитанички од цела Македонија.

ПРЕПОРАКИ

Препораките од ова истражување се однесуваат на понатамошен развој и унапредување на психоонкологијата. Препораките се однесуваат на понатамошни истражувања од областа на психоонкологијата, мапирање на актуелните проблеми на онколошките пациенти, осмислување и креирање на разни програми за превенција на малигните болести, објавување на едукативни материјали, прирачници и видеа со информативни содржини за онколошките пациенти од аспект на соматското и менталното здравје. По однос на менталното здравје: едукација на медицинскиот персонал за важноста од комуникацијата со онколошките пациенти, отварање на психолошки советувалишта со едуциран кадар од областа на психоонкологијата, решавање на статусот на психолошкото советувалиште на Клиниката за онкологија и екипирање на кадар, креирање и организирање на групи за поддршка.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Adami, Hans-Olov, Hunter, David, Trichopoulos, Dimitrios. "Textbook of Cancer Epidemiology."Oxford University Press, 2002;
2. Adamović, V., (2005). Psiho-somatska medicina i konsultativna psihijatrija.Priručnik za kliničku praksu.JP Službeni list, Beograd;
3. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics.* 2003;
4. Berat Svetlana, Sandra Bjelac · Tamara Klikovac · Milijana Matorčević · Aneta Ćurčić · Nataša Marković · Ana Djurdjević · Danica Pavlović, VODIČ PSIHOSOCIJALNE ONKOLOGIJE, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, 2015;
5. Bergo Cristina, (2017) Incontro alla fine: l'abbraccio della spontaneità Lo psicodramma e l'accompagnamento al morire, Tesi di diploma, Studio di Psicodramma di Milano Scuola di Specializzazione in Psicoterapia;
6. Bergquist H, Ruth M, Hammerlid E. Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: a prospective, longitudinal evaluation. Dis Esophagus. 2007;
7. Berard RMF. Depression and anxiety in oncology: The Psychiatrists perspective, J Clin Psychiatry, 2001;
8. Bultz B. D. (2016). Cancer Care and the Role of Psychosocial Oncology: Where are We and Where are We Going?. Asia-Pacific journal of oncology nursing, 3(2), 118–120.;
9. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes 2003;
10. Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Speca M. The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of Stress in cancer outpatients: six month follow-up. Support Care Cancer 2001;
11. Chochinov HM. Depression in cancer patients. Lancet Oncol 2001; Filiberti A, Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. Tumori 2002;
12. Chochinov HM. Depression in cancer patients. Lancet Oncol 2001; Stiegelis HE, Ranchor AV, Sanderman R. Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. Patient Educ Couns 2004,;

13. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001;
14. Clark MM, Bostwick JM, Rummans TA. Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. Mayo Clin Proc 2003;
15. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese- Davis J. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. Arch Gen Psychiatry 2001;
16. Goerling, U., Hinz, A., Koch-Gromus, U. *et al.* Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: results from a multi-center cohort study in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol* (2023). https://doi.org/10.1007/s00432-023-04600-w;
17. Grassi, L., Riba M., (2012). Clinical Psycho-oncology – an international perspective.John Wiley & Sons,UK;
18. Gregurek, R., Braš, M., (2008). Psiho-onkologija, Grafika, Osijek;
19. Hanahan D, Weinberg RA. "The hallmarks of cancer." Cell (2000) 100: 57-70 (PUBMED);
20. Hengartner MO. "The biochemistry of apoptosis." Nature. 2000 Oct12; 407(6805): 770-6. PUBMED);
21. Holland, J.C. and 5 others, (2015). Psycho-oncology. Third edition. Oxford University Press, Oxford;
22. Holland, J.C., (2003). Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's. Journal of Clinical Oncology, Vol 21, No. 23s (Suppl.1) pp: 253s-265s American Cancer Society-Award Lecture;
23. Hunt, A., Handorf, E., Blau, M. *et al.* Psychological distress in patients with metastatic cancer enrolling on phase I clinical trials. *J Cancer Surviv* **15**, 398–402 (2021). https://doi.org/10.1007/s11764-021-01014-w;
24. Klikovac, T. (2013) „Psiho-socijalni aspekti u lečenju i rehabilitaciji karcinoma dojke", Sekcije za onkologiju, Srpskog lekarskog društva, Narodna biblioteka;
25. Klikovac, T., Andrijić-Haimani, M., (2013). Vodič kliničke prakse u onkologiji. Psiho-onkologija. Poglavlje u knjizi Džodić, R., et al.;
26. Kübler-Ross, E., i Kessler, D. (2009). The five stages of grief. In Library of Congress Catalogin in Publication Data (Ed.), On grief and grieving (pp. 7-30);
27. Kurent, M. (2001). Liječnik, pacijent i karcinom. Medicus, 10(Maligni tumori), 253-256;

28. 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;
29. Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. J Clin Oncol. 2010;
30. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12:160–174;
31. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;
32. Moseholm, E., Rydahl-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H. S., Frederiksen, R., Brandt, M., i Lindhardt, B. Ø. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. Health and quality of life outcomes;
33. NAIL, L. M., and SCHWARTZ, A. L., M. MORI, R. GAO,. Exercise reduces daily fatigue in women with breast cancer receiving chemotherapy. Med. Sci. Sports Exerc., Vol. 33, No. 5, 2001;
34. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. Psychooncology 2003;
35. Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., … Darlow, S. D. (2019). Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice 51 Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN, 17(10), 1229–1249;
36. Rabkin JG, McElhiney M, Moran P, Acree M, Folkman S. Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study. Psychooncology. 2009
37. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer.* 2009;
38. Sikstrom, L., Saikaly, R., Ferguson, G., Mosher, P. J., Bonato, S., i Soklaridis, S. (2019). Being there: A scoping review of grief support training in medical education. Plos one;

39. Smith H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). Oncology letters, 9(4), 1509–1514.;
40. Sneeuw KCA, Aaronson NK, van Wouwe MCC, et al. Prevalence and screening of psychiatric disorder in patients with early stage breast cancer. *Qual Life Res.*, Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol.* 2005;
41. Watson, M., Kissane, D., (2011). Handbook of Psychotherapy in Cancer Care.John Wiley & Sons.LTD;
42. Šoštarič M et al. / Psychological distress and radiotherapy, 2004;
43. Vlajković, J. (2009).Od žrtve do preživelog. Beograd: Žarko Albulj;
44. Vuletić, G., Ivanković, D., i Davern, M. (2011). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Kvaliteta života i zdravlje, 120-125.;
45. Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија,(2020), Регистар за рак во Република Северна Македонија

ПРИЛОЗИ

Прилог бр. 1 – Краток прашалник за менталното здравје – MHI 5

При одговарањето на долунаведените прашања размислите за себе, своите чувства и доживувања во текот на изминатиот месец и искрено проценете ги одговорите на секое од наведените прашања.

На прашањата одговарајте со означување на еден број кој најблиску ја означува Вашата проценка на одредената прашање, користејќи се притоа со наведената скала на зачестеност од шест степени:

1- постојано
2-речиси постојано
3-добар дел од времето
4-повремено
5-ретко
6-никогаш

Во текот на изминатиот месец колку често сте....	1 Постојано	2 Речиси постојано	3 Добар дел од времето	4 Повремено	5 Ретко	6 Никогаш
(1) ... биле многу нервозни?						
(2)... се чувствувале мирно и спокојно?						
(3)... се чувствувале обесхрабрено и тажно?						
(4)... се чувствувале толку потиштено што ништо не можело да Ве разведри?						
(5)... биле среќни?						

Формирање на резултат: Вклупниот резултат се добива како збир на одговорите на сите 5 прашања, при што прашањата 2 и 5 се бодуваат обратно.

Изворен инструмент: Mental Health Inventory - 5 (Berwick, Murphy, Goldman, Ware, Barsky i Weinstein, 1991; Davies, Sherbourne, Peterson i Ware, 1988)

Превземен на 28.06.2022, од „Zbirka psihologiskih skala I upitnika, Svezak X. (2020)“ адаптиран и преведен на македонски јазик за употреби на истражувањето

Прилог бр. 2 – Инвентар за пост-трауматски раст – PTGI

Следните тврдења се однесуваат на промените во личната сила, социјалните односи и животната филозофија кои може да се јават по доживеано трауматско искуство.
На приложената скала одберете степен на кој наведената промена се однесува на Вас.
Броевите на скалата ги имаат следниве значења:

0= **не доживеав** промена како последица на траумата
1= доживеав промена **во изразено мала мера** како последица од траумата
2= доживеав промена **во мала мера** како последица од траумата
3= доживеав **умерена** промена како последица од траумата
4= доживеав промена **во значајна мера** како последица од траумата
5= доживеав промена **во изразено голема мера** како последица од траумата

	Можна област на раст и промена:	**Проценка**
1.	Ги променив приоритетите за тоа што е важно во животот.	0 1 2 3 4 5
2.	Повеќе го ценам сопствениот живот.	0 1 2 3 4 5
3.	Развив нови интереси.	0 1 2 3 4 5
4.	Имам поголемо чувство на самодоверба.	0 1 2 3 4 5
5.	Подобро ги разбирам духовните прашања.	0 1 2 3 4 5
6.	Појасно ми е дека можам да сметам на други луѓе во тешки моменти.	0 1 2 3 4 5
7.	Воспоставив нов животен пат.	0 1 2 3 4 5
8.	Имам поголемо чувство на блискост со другите луѓе.	0 1 2 3 4 5
9.	Поспремен/на сум да ги изразам своите емоции.	0 1 2 3 4 5
10.	Знам дека можам подобро да ги поднесам потешкотиите.	0 1 2 3 4 5
11.	Способен/на сум да направам подобри работи во мојот живот.	0 1 2 3 4 5
12.	Подобро можам да го прифатам начинот на кој се одвиваат работите.	0 1 2 3 4 5
13.	Повеќе го ценам секој ден.	0 1 2 3 4 5
14.	Ми се отвараат нови можности кои претходно ги немав.	0 1 2 3 4 5
15.	Имам повеќе сочувствување за другите.	0 1 2 3 4 5
16.	Вложувам повеќе труд во односите со другите.	0 1 2 3 4 5
17.	Поспремен/на сум да се обидам да ги сменам работите кои е потребно да се менуваат.	0 1 2 3 4 5
18.	Порелигиозен/на сум.	0 1 2 3 4 5
19.	Открив дека сум посилен/на отколку што мислев.	0 1 2 3 4 5
20.	Научив повеќе за тоа колку луѓето можат да бидат прекрасни.	0 1 2 3 4 5
21.	Подобро ги прифаќам потребите на другите.	0 1 2 3 4 5

Изворен инструмент: Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi i Calhoun, 1996)

Превземен на 30.06.2022, од „Zbirka psihologiskih skala I upitnika, Svezak X, 2020.“ адаптиран и преведен на македонски јазик за употреби на истражувањето

Прилог бр. 3 – Скала на депресија, анксиозност и стрес

Внимателно прочитајте ги наведените тврдења и одберете го бројот за секое од нив кој покажува колку наведеното тврдење се однесува на Вас (во текот на изминатата седмица). Одберете само еден одговор.

0-воопшто не се однесува на мене
1-донекаде се однесува на мене
2-воглавно се однесува на мене
3-во потполност се однесува на мене

1	Ми се случува да ме вознемират прилично банални работи.	0	1	2	3	С
2	Устата ми се суши.	0	1	2	3	А
3	Ми се чини дека не можам да почувствувам ништо позитивно.	0	1	2	3	Д
4	Имам потешкотии со дишењето.	0	1	2	3	А
5	Едноставно не можам да се поттикнам.	0	1	2	3	Д
6	Претерано реагирам во некои ситуации.	0	1	2	3	С
7	Имам чувство дека ми се тресат нозете.	0	1	2	3	А
8	Тешко ми е да се опуштам.	0	1	2	3	С
9	Толку се вознемирувам во некои ситуации што чувствувам големо олеснување кога ќе поминат.	0	1	2	3	А
10	Чувствувам дека немам на што да се радувам.	0	1	2	3	Д
11	Лесно се вознемирувам.	0	1	2	3	С
12	Ми се чини дека имам премногу негативна енергија.	0	1	2	3	С
13	Се чувствувам тажно и потиштено.	0	1	2	3	Д
14	Во некои ситуации немам трпение (кога чекам лифт или слично).	0	1	2	3	С
15	Имам чувство дека ќе се онесвестам.	0	1	2	3	А
16	Ми се чини дека изгубив интерес за се.	0	1	2	3	Д
17	Чувствувам дека како личност не вредам многу.	0	1	2	3	Д
18	Раздразлив/а сум.	0	1	2	3	С
19	Појачано се потам и без физички напор.	0	1	2	3	А
20	Се плашам без вистинска причина.	0	1	2	3	А
21	Ми се чини дека не вреди да се живее.	0	1	2	3	Д

22	Тешко ми е да се опуштам.	0	1	2	3	С
23	Тешко голтам.	0	1	2	3	А
24	Не ме веселат нештата што ги правам.	0	1	2	3	Д
25	Имам потешкотии со срцето (забрзано чука или прескокнува) и кога не сум физички активен/на.	0	1	2	3	А
26	Се чувствувам потиштено.	0	1	2	3	А
27	Многу сум раздразлив/а.	0	1	2	3	С
28	Малку ми треба да ме фати паника.	0	1	2	3	А
29	Тешко се смирувам кога нешто ќе ме вознемири.	0	1	2	3	С
30	Стравувам дека ќе ме затекне некоја банална, но непозната задача.	0	1	2	3	А
31	Не можам во ништо да се соживеам.	0	1	2	3	Д
32	Тешко поднесувам кога нешто ќе ме прекине во извршувањето на некоја работа.	0	1	2	3	С
33	Напнат/а сум.	0	1	2	3	С
34	Се чувствувам прилично безвредно.	0	1	2	3	Д
35	Не го поднесувам тоа што ме одвлекува од работата што ја извршувам.	0	1	2	3	С
36	Се чувствувам ужаснато.	0	1	2	3	А
37	Во иднината не гледам ништо на што би се веселил/а.	0	1	2	3	Д
38	Мислам дека животот е бесмислен.	0	1	2	3	Д
39	Лесно се вознемирувам.	0	1	2	3	С
40	Се грижам заради ситуации во кои би можело да ме фати паника или би можел/а да се посрамотам.	0	1	2	3	А
41	Рацете ми се тресат.	0	1	2	3	А
42	Тешко се присилувам да започнам нешто да работам.	0	1	2	3	Д

Изворен инструмент: DASS, Lovibond &Lovibond, 1995

Превземен на 30.06.2022, од „Zbirka psihologiskih skala I upitnika, svezak IV адаптиран и преведен на македонски јазик за употреби на истражувањето