

Дослідження психоемоційного стану пацієнтів, які отримують паліативну допомогу в амбулаторних умовах

Л.Г. Матвієць, Л.Ф. Матюха, О.П. Брацюнь

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
(Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), м. Київ

Тривожність, пригнічення, страх, депресивні розлади – симптоми, які можуть бути частиною фізіологічного переживання при невиліковній хворобі, особливо при повідомленні діагнозу. Іноді прийняття важкої новини, пов'язаної з погіршенням здоров'я і навіть загрозою для життя, може призвести до фатальних наслідків. Для сімейних лікарів та інших фахівців, які залучені до надання паліативної допомоги, важливо уміти вчасно діагностувати погіршення психоемоційного стану пацієнтів з метою надання професійної психологічної підтримки.

У даній статті подаються результати вивчення ступеня тяжкості депресивних розладів у паліативних пацієнтів залежно від різних демографічних та соціальних даних, які можна модифікувати через зміну ставлення до цих пацієнтів (при забезпеченні правильної комунікації та курації паліативного пацієнта сімейним лікарем).

Проведене дослідження показало, що соціально-демографічні показники суттєво впливають на формування депресивного стану у паліативних пацієнтів, потребують відповідної комунікації сімейного лікаря з пацієнтом і організації додаткових заходів курації цих хворих. Особливої уваги при наданні паліативної допомоги заслуговують деякі результати дослідження, зокрема: депресію різного ступеню тяжкості за шкалою PHQ-9 виявлено у 81% паліативних пацієнтів. Встановлено, що 90% осіб вікової групи 75–90 років мали депресію різного ступеня тяжкості; визначено, що усі пацієнти з високим рівнем доходу мали депресію, серед яких 16,7% легкого і 58,3% помірного ступеня тяжкості, що можна розцінювати як невротичну реакцію на невиліковне захворювання. Виявлено депресію у всіх неодружених пацієнтів, серед яких 35% осіб з легким і 35% з помірним ступенем тяжкості, а також 30% пацієнтів з тяжким ступенем, що достовірно переважає над кількістю одружених осіб (4,1%) та вдівців (14,8%), що може вказувати на риси характеру, які ускладнюють адаптацію поведінкових реакцій, у тому числі до хвороби. Такі пацієнти потребують додаткової психологічної підтримки для зменшення їхнього страждання, зокрема, для запобігання болю психічного генезу.

За показниками різних соціально-демографічних параметрів було визначено портрет найбільш уразливих паліативних пацієнтів: це жінки вікової групи 75–89 років, які проживають у місті, за цивільним станом – неодружені (можна допустити додатковий депресивний чинник – довготривала самотність), за соціальним станом – пенсіонерки з вищою освітою і високим рівнем доходу, показники за шкалою PHQ-9 >20 балів, що відповідає синдромальному діагнозу депресивного синдрому важкого ступеню.

Ключові слова: амбулаторна паліативна допомога, психоемоційний стан, паліативний пацієнт, депресивні розлади, сімейний лікар.

Research of psycho-emotional state of patients, who receive palliative care in ambulant conditions

L.G. Matviyets, L.F. Matyukha, O.P. Bratsun

Anxieties, depression, fear, depressive disorders are symptoms, which may be the part of physiological feeling with incurable disease, especially when the diagnosis is informed. Sometimes, the assumption of difficult news, related to worsening of health and even risk to life can lead to fatal consequences. For family physicians and other professionals, who are involved in palliative care, it is important to be able to diagnose the worsening of patients' psycho-emotional state in time, in order to provide professional psychological support.

In this article, the results of research of level of difficulty of depressive disorders in palliative patients depending on different demographic and social data are presented, which can be modified with changing attitudes towards these patients (when ensuring correct communication and managing of the palliative patient by the family physician).

The research has shown that socio-demographic indicators significantly affect the forming of state of depression in palliative patients, and require appropriate communication between the family physician and the patient, and the organization of additional measures for managing these patients. Special attention should be given to some results of research when providing palliative care, in particular: depression of different level of difficulty, based on the PHQ-9 scale was found in 81% of palliative patients; it was set that 90% of people, aged of 75–90 years had depression of different level of difficulty; it was determined that all patients with high income had depression, among them 16.7% of light and 58.3% of moderate level of difficulty, that can be considered as a neurotic reaction of incurable disease. Depression was found in all unmarried patients, among them 35% of light and 35% of moderate level of difficulty, and 30% of patients with high level as well, that significantly predominate over the number of married people (4.1%) and widows (14%), that may indicate character traits, which complicate the adaptation of behavioral reactions on stress factors, including to the disease. Depression was found in all unmarried patients, among them 35% of light and 35% of moderate level of difficulty, and 30% of patients with high level as well, that significantly predominate over the number of married people (4.1%) and widows (14%), that may indicate character traits, which complicate the adaptation of behavioral reactions on stress factors, including to the disease. Such patients need additional psychological support for reducing their suffering, in particular for preventing of mental genesis pains.

According to the indicators of various socio-demographic parameters, the portrait of the most vulnerable palliative patients was determined: they are women of age group 75–89 years, living in the city, by civil state – single (additional depressive factor can be assumed – long-term loneliness), by social status – pensioners with Higher Education and high income, based on a scale of PHQ-9 >20 points, that corresponds to the diagnosis: depressive syndrome of heavy level.

Keywords: ambulant palliative care, psycho-emotional state, palliative patient, depressive disorders, family physician.

Исследование психоэмоционального состояния пациентов, которые получают паллиативную помощь в амбулаторных условиях

Л.Г. Матвиец, Л.Ф. Матюха, А.П. Брацюнь

Тревожность, подавленность, страх, депрессивные расстройства – симптомы, которые могут быть частью физиологического переживания при неизлечимой болезни, особенно при сообщении диагноза. Иногда принятие тяжелой новости, связанной с ухудшением здоровья и даже угрозой для жизни, может привести к фатальным последствиям. Для семейных врачей и других специалистов, привлеченных к

оказанию паллиативной помощи, важно уметь вовремя диагностировать ухудшение психоэмоционального состояния пациентов с целью предоставления профессиональной психологической поддержки.

В данной статье приводятся результаты исследования степени тяжести депрессивных расстройств у паллиативных пациентов в зависимости от различных демографических и социальных данных, которые можно модифицировать путем изменения отношения к этим пациентам (при обеспечении правильной коммуникативной и курации паллиативного пациента семейным врачом).

Проведенное исследование показало, что социально-демографические показатели существенно влияют на формирование депрессивного состояния у паллиативных пациентов, нуждаются в соответствующей коммуникации семейного врача с пациентом и организации дополнительных мероприятий курации этих больных.

Особого внимания при предоставлении паллиативной помощи заслуживают некоторые результаты исследования. В частности, депрессию различной степени тяжести по шкале PHQ-9 выявлено у 81% паллиативных пациентов. Установлено, что 90% лиц возрастной группы 75–90 лет имели депрессию разной степени тяжести; определено, что все пациенты с высоким уровнем дохода имели депрессию, среди них 16,7% легкой и 58,3% умеренной степени тяжести, что можно расценивать как невротическую реакцию на неизлечимое заболевание. Выявлено депрессию у всех пациентов, не состоявших в браке, среди которых 35% лиц с легкой и 35% с умеренной степенью тяжести, а также 30% пациентов с тяжелой степенью, что достоверно преобладает над количеством женатых лиц (4,1%) и вдовцов (14,8%) и может указывать на черты характера, которые затрудняют адаптацию поведенческих реакций на стрессовые раздражители, в том числе к болезни. Такие пациенты нуждаются в дополнительной психологической поддержке для уменьшения их страдания, в частности, для предотвращения боли психического генеза.

По изученным показателям различных социально-демографических параметров был определен общий портрет наиболее уязвимых паллиативных пациентов: это женщины возрастной группы 75–89 лет, проживающие в городе, по гражданскому состоянию – не состоящие в браке (можно допустить дополнительный депрессивный фактор – долговременное одиночество), по социальному положению – пенсионерки с высшим образованием и высоким уровнем дохода, по показателю шкалы PHQ-9 >20 баллов, что соответствует диагнозу депрессивного синдрома тяжелой степени.

Ключевые слова: амбулаторная паллиативная помощь, психоэмоциональное состояние, паллиативный пациент, депрессивные расстройства, семейный врач.

У Паризькій Хартії боротьби проти раку (2000 р.) йдеться, що кожна людина, незалежно від свого стану, має право на гідне завершення життя. Зокрема, стаття VIII Хартії основною метою боротьби з раком проголошує збереження якості життя хворих. Одним із завдань для досягнення мети автори документу вбачали визнання важливості якості життя, поліпшення фізичного, психологічного та соціального стану пацієнтів незалежно від стадії захворювання та прогнозу [1].

За визначенням ВООЗ, «якість життя» є широким поняттям, яке залежить не тільки від фізичного здоров'я людини, але й також від психічного благополуччя, ступеню задоволення соціальних потреб, як суб'єктивне сприйняття людиною відповідності своєї життєвої позиції по відношенню до своїх цілей та очікувань [2].

У преамбулі Конституції ВООЗ зазначено, що визначення поняття «здоров'я» слід розуміти як єдність фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороби. При цьому пацієнт розглядається не тільки як суб'єкт лікування, але й як особистість з унікальною людською гідністю, що передбачає забезпечення гідної якості свого життя [3].

Хартія працівників служби здоров'я наголошує, що поняття «хвороба» означає не лише окремі клінічний випадок і його фізичні симптоми, але враховує тілесно-духовний стан пацієнта. Саме тому лікарю важливо побачити у пацієнтові цілісну особистість і лікувати його з урахуванням інтегральних аспектів хвороби [4].

Для встановлення результатів роботи фахівців, які надають паліативну допомогу пацієнтам, необхідно застосовувати індикатори якості, що вказують на психологічний стан, зокрема, виявлення депресивних розладів, особливо тісно пов'язаних із болівим синдромом, та усвідомленням пацієнтом наявності захворювання, яке загрожує життю.

Рекомендованим методом ідентифікації пацієнтів є регулярний скринінг депресивних симптомів протягом усього шляху подолання раку за допомогою перевірених інструментів, оскільки депресія може виникнути в онкохворих пацієнтів на будь-якому етапі хвороби, і це пов'язано ще й з тим, що онкологи не мають змоги оцінювати психологічний стан пацієнта [5].

Починаючи надавати паліативну допомогу, важливо враховувати всі етапи клінічного маршруту для пацієнтів, зокрема: оцінити складність випадку, потреб паліативного пацієнта та його рідних, вибрати оптимальний спосіб надання паліативної допомоги, регулярно оцінювати ефективність допомоги та зміни потреб хворого [6].

Згідно з дослідженням Anna T. Prescott і Jay G. Hull, надання паліативної допомоги на ранніх етапах зменшує негативний вплив депресії та продовжує тривалість життя [7]. Для тих пацієнтів, які на початку мали більш високий рівень депресії, ефект від втручання був більш яскраво вираженим. Ця інформація визначає наявність потреби у здійсненні втручання щодо психічного здоров'я невиліковного пацієнта для забезпечення більш ефективної паліативної допомоги.

Мета дослідження: оцінювання частоти виникнення і ступінь тяжкості депресії у пацієнтів, які одержували паліативну допомогу в амбулаторних умовах, та визначення її рівня залежно від статі, віку, рівня доходу та освіти, а також соціального та цивільного стану пацієнтів.

Завдання дослідження:

- 1) провести оцінку психічного здоров'я паліативних пацієнтів, які отримують амбулаторну паліативну допомогу, на наявність депресивних розладів;
- 2) провести аналіз впливу статі, віку, рівня доходу та освіти, а також соціального та цивільного стану на формування депресивного стану.

Дослідження було проведено на базі закладів первинної медичної допомоги м. Ужгород.

Для визначення психоемоційного стану, а саме депресії, у пацієнтів була використана шкала самооцінки депресії – Patient Health Questionnaire (PHQ-9), за якою лікарі первинної ланки діагностують депресивний синдром з визначенням ступеня його тяжкості [8].

Загальна кількість опитаних становила 219 пацієнтів віком від 27 до 93 років, з них 182 (83,2%) особи хворіли на онкологічні захворювання в IV стадії, 37 (16,8%) – на хронічні неінфекційні захворювання в термінальній стадії.

Відповідно до шкали PHQ-9 суб'єктивна оцінка ступеня тяжкості депресії визначається за наступними значеннями:

- депресія відсутня (1–4 бали),
- легка («субклінічна») депресія (5–9 балів),
- помірної тяжкості депресія (9–14 балів),
- середньої тяжкості депресія (14–19 балів),
- тяжка депресія (20–27 балів).

У структурі ступеня тяжкості депресивного синдрому майже половину пацієнтів мали легкий ступінь тяжкості депресії («субклінічна» депресія) (рисунк).

При гендерному розподілі легкий ступінь тяжкості депресії був виявлений у більшості пацієнтів чоловічої та жіночої статі (табл. 1).

Гендерний розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості серед паліативних пацієнтів

Ступінь тяжкості депресії за шкалою PHQ 9	Кількість пацієнтів, n=219			
	Чоловіки		Жінки	
	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ
Депресія відсутня	22	21,57±4,07	20	17,09±3,48
Легка («субклінічна») депресія	54	52,94±4,94	47	40,17±4,53
Помірної тяжкості депресія	13	12,75±3,3*	33	28,21±4,16* p<0,01
Середньої тяжкості депресія	4	3,92±1,92	7	5,98±2,19
Тяжка депресія	9	8,82±2,81	10	8,55±2,58
Усього	102	100±0,00	117	100±0,00

Примітка: * – p<0,01.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості у різних вікових групах

Ступінь тяжкості депресії	Вікова група					
	45–59 років		60–74 років		75–90 років	
	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ
Відсутня	18	32,73±6,33***	13	13,83±3,56* p<0,05	6	10,34±4,00** p<0,01
Легка депресія	23	41,82±6,65	46	48,94±5,16	27	46,55±6,55
Помірної тяжкості	10	18,18±5,20	20	21,28±4,22	14	24,14±5,62
Середньої тяжкості	2	3,64±2,52	8	8,51±2,88	1	1,72±1,71
Тяжка депресія	2	3,64±2,52*	7	7,45±2,71	10	17,24±4,96* p<0,05
Усього	55	100±0,00	94	100±0,00	58	100±0,00

Примітки: * – p<0,05; ** – p<0,01.

Депресія помірної тяжкості встановлена у 21,0% пацієнтів. Як видно з табл. 1, показники помірного ступеня тяжкості депресії достовірно (p<0,01) переважали у жінок (28,21%) порівняно з чоловіками (12,75%).

Було також досліджено ступінь тяжкості депресії у пацієнтів різних вікових груп за класифікацією ВООЗ (табл. 2).

Аналіз розподілу пацієнтів за ступенем тяжкості депресії у вікових групах був проведений за показниками трьох із них, оскільки пацієнтів віком 25–44 років було тільки 9, а пацієнтів віком 90 і старше – лише 3 особи, що унеможливило їх статистичну обробку.

Встановлено, що відсоток пацієнтів, у яких не було виявлено депресію, виявився достовірно нижчим у групах віком 60–74 років (13,83±3,56%; p<0,05) і 75–90 років (10,34%; p<0,01) порівняно з віковою групою 45–59 років (32,73±6,33%).

Було встановлено, що відсоток пацієнтів віком 75–90 років (17,24%) з тяжкою депресією достовірно (p<0,05) переважав їхню кількість у віковій групі 45–59 років (3,64%).

Під час проведення дослідження у трьох вікових групах (45–59 років, 60–74 років, 75–90 років), які оцінювались за статтю і ступенем тяжкості депресії, виявлено достовірну (p<0,05) перевагу кількості жінок з помірним рівнем депресії (31,03%) над кількістю чоловіків (3,85%) (табл. 3).

У віковій групі 60–74 роки достовірних гендерних розбіжностей за ступенем тяжкості депресії не встановлено.

Серед пацієнтів старшого віку (75–90 років), навпаки, виявлено достовірно (p<0,05) більшу кількість чоловіків з легким ступенем тяжкості депресивного синдрому (60,0%), ніж жінок (32,14%).

Аналіз показників ступеня тяжкості депресії за рівнем доходу виявив достовірно більший відсоток пацієнтів з помірним ступенем тяжкості депресії, які мали високий дохід

і достатнє матеріальне забезпечення (58,33%) порівняно з особами із середнім (21,88%; p<0,05) та низьким (17,48%; p<0,01) рівнем доходу (табл. 4). Пацієнтів без депресії серед осіб з високим рівнем доходу виявлено не було. Це може вказувати, що високий дохід не забезпечує психологічний комфорт паліативного пацієнта і може проявлятися як додаткова невротична депресивна реакція на свій фізичний стан.

Проаналізовано розподіл пацієнтів за ступенем тяжкості депресії залежно від рівня освіти. Встановлено, що осіб з вищою освітою з легким ступенем розладу (24,0%) було достовірно менше, ніж таких пацієнтів із середньою (46,15%; p<0,05) та середньою спеціальною освітою (50,39%; p<0,01) (табл. 5). Водночас виявлено, що відсоток пацієнтів з помір-

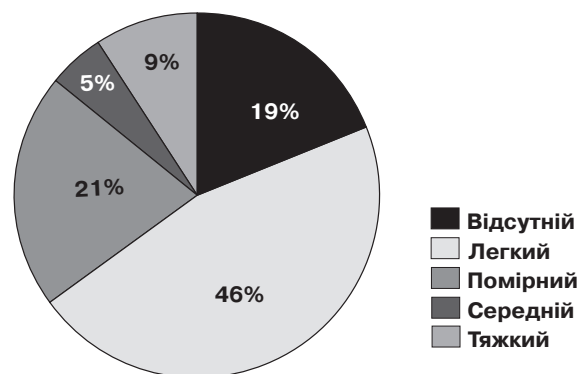


Рисунок. Структура ступенів тяжкості депресивного синдрому у паліативних пацієнтів

Гендерний розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості у різних вікових групах

Ступінь тяжкості депресії	Вікова група											
	45–59 років				60–74 років (похилий вік)				75–90 років (старечий вік)			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ
Відсутня	10	38,46±9,54	8	27,59±8,3	6	15,0±5,65	7	12,96±4,57	3	10,0±5,48	3	10,71±5,85
Легка депресія	12	46,15±9,78	11	37,93±9,01	21	52,5±7,9	25	46,3±6,79	18	60,0±8,94*	9	32,14±8,83* p<0,05
Помірної тяжкості	1	3,85±3,77*	9	31,03±8,59* p<0,05	6	15,0±5,65	14	25,93±5,96	6	20,0±7,3	8	28,57±8,54
Середньої тяжкості	1	3,85±3,77	1	3,45±3,39	3	7,5±4,16	5	9,26±3,94	-	-	1	3,57±3,51
Тяжка депресія	2	7,69±5,23	-	-	4	10,0±4,74	3	5,56±3,12	3	10,0±5,48	7	25,0±8,18
Усього	26	100±0,00	29	100±0,00	40	100±0,00	54	100±0,00	30	100±0,00	28	100±0,00

Примітка: * – p<0,05.

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів з депресією за ступенем тяжкості залежно від рівня доходу

Ступінь тяжкості депресії	Низький дохід (до 3200 грн./міс)		Середній дохід (3200–5000 грн./міс)		Високий дохід (понад 5000 грн./міс)	
	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ
Депресія відсутня	26	18,18±3,23	16	25,0±5,41	-	-
Легка («субклінічна») депресія	71	49,65±4,18	28	43,75±6,20	2	16,67±10,76
Помірної тяжкості депресія	25	17,48±3,18* p<0,01	14	21,88±5,17** p<0,05	7	58,33±14,23***
Середньої тяжкості депресія	8	5,59±1,92	2	3,13±2,17	1	8,33±7,98
Тяжка депресія	13	9,09±2,4	4	6,25±3,03	2	16,67±10,76
Усього	143	100±0,00	64	100±0,00	12	100±0,00

Примітки: * – p<0,05; ** – p<0,01.

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості залежно від рівня освіти

Ступінь тяжкості депресії	Освіта					
	Середня		Середня спеціальна		Вища	
	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ	п	%±95%ДІ
Депресія відсутня	9	13,85±4,28	32	24,81±3,8	1	4,0±3,92
Легка («субклінічна») депресія	30	46,15±6,8* p<0,05	65	50,39±4,40** p<0,01	6	24,0±8,54***
Помірної тяжкості депресія	15	23,08±5,23	21	16,28±3,25* p<0,05	10	40,0±9,8*
Середньої тяжкості депресія	5	7,69±3,31	3	2,33±1,33	3	12,0±6,5
Тяжка депресія	6	9,23±3,59	8	6,2±2,12	5	20,0±8,0
Усього	65	100±0,00	129	100±0,00	25	100±0,00

Примітки: * – p<0,05; ** – p<0,01.

ним ступенем тяжкості депресії в осіб з вищою освітою (40,0%) достовірно (p<0,05) переважав над пацієнтами із середньою спеціальною освітою (16,28%), що може також свідчити про невротичне походження депресії як реакції на захворювання, а також виразніші страждання людей з вищою освітою.

Відповідаючи на запитання № 6 шкали самооцінки депресії PHQ-9: «Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини?», більшість пацієнтів з вищою освітою зазначили, що такі думки їх турбували майже щодня,

що ще більше поглиблювало депресію. У таких випадках дуже потрібен доступний для паліативних пацієнтів фахівець з навичками короткострокового втручання для проведення психологічного коректування самооцінки та інтерпретації своєї хвороби пацієнтом, що зупинить подальший розвиток депресії.

Проаналізовано ступінь тяжкості депресії у пацієнтів з різним соціальним станом: осіб працездатного віку, осіб пенсійного віку, пацієнтів з інвалідністю, не пов'язану з невиліковним захворюванням (табл. 6). За даними табл. 6, пацієнтів без депресії було достовірно менше серед осіб пенсійного

Розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості з різним соціальним станом

Ступінь тяжкості депресії	Соціальний стан					
	Працевдатна особа		Особа пенсійного віку		Особа з інвалідністю	
	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ
Депресія відсутня	15	32,61±6,91** p<0,01	21	13,82±2,8***	6	28,57±9,86*** p<0,001
Легка («субклінічна») депресія	14	30,43±6,78**	79	51,97±4,05** p<0,01	8	38,10±10,6
Помірної тяжкості депресія	14	30,43±6,78	28	18,42±3,14	4	19,05±8,57
Середньої тяжкості депресія	2	4,35±3,01	9	5,92±1,91	-	-
Тяжка депресія	1	2,17±2,15***	15	9,87±2,42*** p<0,001	3	14,29±7,64* p<0,05
Усього	46	100±0,00	152	100±0,00	21	100±0,00

Примітка: * – p<0,05; ** – p<0,01, *** – p<0,001.

Таблиця 7

Розподіл пацієнтів з депресією за ступенями тяжкості, які перебувають в різних цивільних станах

Ступінь тяжкості депресивного синдрому	Цивільний стан					
	Одружений		Неодружений		Одинокий вдовець	
	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ	n	%±95%ДІ
Депресія відсутня	36	24,32±3,53*	-	-	6	11,11±4,28 p<0,05
Легка («субклінічна») депресія	68	45,95±4,10	6	35,29±11,59	27	50,0±6,8
Помірної тяжкості депресія	29	19,59±3,26	6	35,29±11,59	11	20,37±5,48
Середньої тяжкості депресія	9	6,08±1,96	-	-	2	3,70±2,57
Тяжка депресія	6	4,05±1,62***	5	29,41±11,05* p<0,001	8	14,81±4,83** p<0,01
Усього	148	100±0,00	17	100±0,00	54	100±0,00

Примітка: * – p<0,05; ** – p<0,01, *** – p<0,001.

віку (13,82%), ніж серед осіб з інвалідністю (28,57%; p<0,001) та працевдатних осіб (32,61%; p<0,01). Проте легкий ступінь депресії у групі осіб пенсійного віку мали більше половини пацієнтів (51,97%) що достовірно (p<0,01) більше, ніж серед осіб працевдатного віку (30,43%). Також достовірно (p<0,001) переважав у цій групі відсоток пацієнтів з тяжкою депресією (9,87%) над таким показником у групі осіб працевдатного віку.

Водночас серед пацієнтів з інвалідністю, не пов'язаною з невиліковним захворюванням, відсоток осіб без депресії (28,57%) з високою достовірністю (p<0,001) переважав такий показник в осіб пенсійного віку (13,82%). Серед цих пацієнтів немає таких, які мають суїцидальні думки, що може вказувати на наявну спроможність до психологічної адаптації до порушення здоров'я, яка набула при довготривалій адаптації до інвалідності.

У групі працевдатного віку виявлена найменша кількість пацієнтів з тяжким ступенем депресії, що може свідчити про якісне знеболення, яке отримували пацієнти молодшого віку.

Подальше дослідження стосувалося наявності пацієнтів з депресією залежно від цивільного стану (табл. 7). Встановлено, що кількість осіб, у яких депресія була відсутня, серед одружених пацієнтів становила 24,32%, що достовірно (p<0,05) переважало над кількістю одиноких вдовців (11,11%), серед неодружених таких пацієнтів не виявлено. Це може свідчити, що додатковим чинником депресії в одиноких пацієнтів є самотність, на яку вони вказували у своїх анкетах.

Це також підтверджується тим, що відсоток неодружених осіб з тяжкою депресією (29,41%; p<0,001), як і вдовців (14,81%; p<0,01), достовірно переважав над одруженими пацієнтами (4,05%), що може свідчити як про наявність психологічної підтримки партнера, так і кращого контролю над знеболенням з боку доглядальника пацієнта.

Самотня людина – це пригнічена особистість аж до депресії, яка має дефіцит навичок спілкування та психологічної адаптації [9]. Оскільки патогенез самотності формується людиною, коли вона усвідомлює неповноцінність своїх відносин з особами, особистісно значимими, відчуває гостру нестачу спілкування, то додається песимізм, надмірне почуття жалю до себе, очікування неприємностей, а в майбутньому вбачається тільки погіршення якості життя.

Захисною реакцією самотніх осіб є недоброзичливе ставлення до відкритих, доброзичливих і радісних людей, що заважає комунікаціям і створенню добрих стосунків. Для самотніх характерна низка емоційних станів: відчай, немічність, яка може викликати пригніченість, незахищеність, панічний страх. Також їм притаманно відчуття власної недорозвинутості, внутрішньої спустошеності, покинутості, відчуженості, іноді нетерплячості, підвищеної подразливості, скутості, втрати надії, ізоляції. При спілкуванні самотні люди більше говорять про себе, мало беруть до уваги висловлювання партнера по розмові, і для них характерні специфічні міжособистісні проблеми. Найбільш притаманний спосіб реагу-

вання особи на самотність – депресія або агресія. Такі риси характеру ускладнюють адаптацію поведінкових реакцій на стресові чинники, зокрема до невиліковної хвороби.

Це вказує на потребу таких пацієнтів у психологічній підтримці фахівців з навичками щодо проблемного спілкування. Також важлива співпраця сімейного лікаря і медсестри із соціальними службами, психологами, співробітниками Червоного Хреста і волонтерами для скерування їх до самотніх осіб.

Психологічна допомога потрібна всім паліативним пацієнтам та їх близьким, адже треба вміти втішити близьку людину, зрозуміти від чого саме вона найбільше страждає, часто намагаючись звинуватити оточуючих у своїх стражданнях [10]. Для формування підтримки важливо не сприймати на свій рахунок дослівно сказане, а зрозуміти почуття хворого, що стоять за сказаними словами. Істинне співчуття вимагає спокою в думках і безумовного сприйняття інформації. Вміючи відобразити своє розуміння почуттів і потреб хворої людини, той, хто надає психологічну допомогу, повинен вміти проявити свою поведінкову реакцію, яка вселить у пацієнта впевненість у стабільності фізичної і духовної підтримки.

Дослідження зарубіжних авторів вказують на те, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям пацієнта, виходить за рамки прямих показників здоров'я населення та акцентують свою увагу на взаємодії між здоров'ям, рівною мірою як фізичним і психічним, так і іншими сферами життя людини [11]. Особливе значення це має для паліативних хворих, адже вони не просто втрачають силу, а ще й переживають біль, потребують догляду, через хворобу швидко стають слабкими фізично і змінюють свої погляди на життя, що призводить до депресії і розчарування.

ВИСНОВКИ

1. Депресію різного ступеня тяжкості за шкалою PHQ-9 виявлено у 81% паліативних пацієнтів.
2. Встановлено, що 90% осіб вікової групи 75–90 років мали депресію різного ступеня тяжкості.
3. Визначено, що усі пацієнти з високим рівнем доходу мали депресію, серед яких 16,7% легкого і 58,3% помірного ступеня тяжкості, що можна розцінювати як невротичну реакцію на захворювання.
4. Виявлено депресію у всіх неодружених пацієнтів, переважно з легким (35,3%) і помірним (35,3%) ступенем тяжкості, а кількість пацієнтів з тяжким ступенем депресії (29,4%) у неодружених достовірно переважала над таким показником в одружених осіб (4,1%) та вдівців (14,8%), що може свідчити про риси характеру, які ускладнюють адаптацію поведінкових реакцій на стресові чинники, зокрема до хвороби, вказує на потребу таких пацієнтів у психологічній підтримці близьких людей.
5. Дослідженням визначено портрет найбільш уразливих паліативних пацієнтів: це жінки вікової групи 75–89 років, які проживають у місті, за цивільним станом – неодружені (можна допустити додатковий депресивний чинник – довготривала самотність), за соціальним станом – пенсіонерки з вищою освітою і високим рівнем доходу, за показниками шкали PHQ-9 >20 балів, що відповідає депресивному синдрому тяжкого ступеня.
6. Отже, проведене дослідження показало, що соціально-демографічні показники суттєво впливають на формування депресивного стану у паліативних пацієнтів, потребують відповідної комунікації сімейного лікаря з пацієнтом і організації додаткових заходів курації цих хворих.

Відомості про авторів

Матвієць Людмила Григорівна – Кафедра сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (095) 408-40-71

Матюха Лариса Федорівна – Кафедра сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Брацюнь Олександра Петрівна – Кафедра паліативної і хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 03039, м. Київ, просп. Голосіївський, 59-Б; тел.: (067) 440-88-34. *E-mail: lesyabratsyun@gmail.com*

Information about the author

Matviyets Liudmyla G. – Department of Family Medicine and Outpatient Care of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (095) 408-40-71

Matyukha Larysa F. – Department of Family Medicine and Outpatient Care of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.

Bratsyun Aleksandra P. – Department of Palliative and Hospice Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 03039, Kyiv, 59-B ave. Holosiivskiy; tel.: (067) 440-88-34. *E-mail: lesyabratsyun@gmail.com*

Сведения об авторах

Матвиец Людмила Григорьевна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (095) 408-40-71

Матюха Лариса Федоровна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Брацюнь Александра Петровна – Кафедра паллиативной и хосписной медицины Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 03039, г. Киев, просп. Голосеевский, 59-Б; тел.: (067) 440-88-34. *E-mail: lesyabratsyun@gmail.com*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Паризька Хартія боротьби проти раку (2000 р.). <https://parischarteragaincancer.org/charter>
2. Programme on mental health/WHOQOL. Measuring quality of health. Mental Health publications [Electronic resource]. – Assess mode : http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
3. Official Records of WHO, no. 2, p. 100, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=3D9896DE7216AE28BD2A1D98FA5EF0D2?sequence=1
4. Хартія працівників служби охорони здоров'я. – Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – 112 с.
5. SUH J, WILLIAMS S, FANN JR, FOGARTY J, BAUER AM, HSIEH G. Parallel Journeys of Patients with Cancer and Depression: Challenges and Opportunities for Technology-Enabled Collaborative Care. *Proc ACM Hum-Comput Interact.* 2020;4(CSCW1). doi:10.1145/3392843
6. Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer. 2015;98
7. Prescott AT, Hull JG, Dionne-Odom JN, et al. The role of a palliative care intervention in moderating the relationship between depression and survival among individuals with advanced cancer. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2017;36(12):1140-1146. doi:10.1037/hea0000544
8. УКПМД Депресія. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.
9. Психология одиночества / Гасанова П.Г., Омарова М.К. [текст]. – Киев: Общество с
- ограниченной ответственностью «Финансовая Рада Украины» (Киев), 2017. – 76 с.
10. Голант М., Голант С. «Что делать, когда тот, кого вы любите, в депрессии. Помоги себе – помоги другому» <http://xn--90arpxn--p1aj/data/documents/Esli-Vash-blizkiy-v-depressii.pdf>
11. Alemayehu M, Deyessa N, Medhin G, Fekadu A. A descriptive analysis of depression and pain complaints among patients with cancer in a low income country. *PLoS ONE.* 2018;13(3). doi:10.1371/journal.pone.0193713

Стаття надійшла до редакції 20.01.2021