

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

УДК 618.9-006.6:616.89-008.454

На правах рукописи

КАРИБАЕВА ИНДИРА АБИЛЬБАЕВНА

Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с диагностированным раком молочной железы

8D10101 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты
доктор медицинских наук,
профессор
Б.С. Турдалиева

кандидат медицинских наук
Ф.А. Багиярова,

Зарубежный научный консультант
professor, MBCh, MPM, MPhil,
N.Z. Zainal
(Kuala Lumpur)

Республика Казахстан
Алматы, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РМЖ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ.....	13
1.1 Клинические проявления тревожности и депрессии.....	13
1.2 Распространенность тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ в мире.....	15
1.3 Международный опыт организации медицинской помощи пациентам с РМЖ с диагностированной тревогой и/или депрессией.....	26
1.4 Казахстанская модель оказания помощи пациентам с диагностированной тревогой и депрессией.....	33
Выводы по разделу 1.....	39
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	40
3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	65
3.1 Результаты систематического обзора и мета-анализа распространенности тревожности среди пациентов с раком молочной железы.....	65
3.2 Результаты систематического обзора и мета-анализа распространенности депрессии среди пациентов с раком молочной железы.....	74
3.3 Результаты исследования клиничко-эпидемиологических аспектов распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с диагностированным раком молочной железы.....	78
3.4 Результаты исследования распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с раком молочной железы через 6 месяцев после проведенного лечения.....	92
3.5 Результаты исследования современных подходов к организации психологической помощи пациентам с РМЖ.....	93
3.6 Результаты исследования для выбора наиболее оптимального подхода к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов.....	94
4 МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ.....	96
4.1 Совершенствования работы с пациентами с симптомами тревожности и депрессии при раке молочной железы.....	96
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	106
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	110

ПРИЛОЖЕНИЕ А – Анкеты для пациентов на русском и казахском языках используемые в исследовании.....	121
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Анкета для пациентов на русском и казахском языках Шкала Тревожности Бека и Шкала Депрессии Бека.....	125
ПРИЛОЖЕНИЕ В – Авторское свидетельство.....	131
ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Акт внедрения	132
ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Стратегия поиска для систематического обзора....	133
ПРИЛОЖЕНИЕ Е – Шаблон рабочей программы.....	135

..

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты: Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая Нация»: утв. 12 октября 2021 года, №725.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы: утв. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года, №982.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи: утв. 16 октября 2020 года, №672.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-90 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021 года, №24094).

Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении перечня заболеваний, при которых специализированная медицинская помощь стационарных условиях оказывается в плановой форме: утв. 11 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-258/2020 (зарегистрирован в Министерстве Юстиции Республики Казахстан 15 декабря 2020 года №21784).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан: утв. 30 ноября 2020 года, №ҚР ДСМ-224/2020 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года, №21712).

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения: утв. 30 октября 2009 года, №630 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 ноября 2009 года, №5917).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №7 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь": утв. 27 февраля 2017 года, №40 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 марта 2017 года, №14943).

Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь: утв. 13 ноября 2020 года, №ҚР ДСМ-194/2020.

ГОСТ 7.32-2017. Межгосударственный Стандарт. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применены следующие термины с соответствующими определениями:

Депрессия – депрессия, также известная как большое депрессивное расстройство, характеризуется плохим настроением, проблемами с принятием решений и мышлением, потерей энергии и удовольствия, отсутствием интереса к радостным занятиям, нарушениями сна и аппетита, психомоторными расстройствами и суицидальными мыслями [1].

Заболеваемость – это медико-статистический показатель, являющийся одним из критериев для оценки здоровья населения, и который определяет число заболеваний среди населения, впервые зарегистрированных за календарный год. Показатель первичной заболеваемости рассчитывается как отношение числа впервые зарегистрированных заболеваний населения за год к среднегодовой численности населения, умноженное на 100 000 [2].

Клинический протокол – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента [3].

Когортное исследование – это тип медицинских проспективных исследований, при котором пациенты определяются в две группы, одна из которых подвергается медицинскому вмешательству, и обе группы наблюдают в течении определенного времени [4].

Мета-анализ – метод научной методологии для статистического объединения результатов нескольких исследований [5].

Поперечное исследование – это метод наблюдательного исследования, в которых исследователь не осуществляет вмешательств по отношению к пациенту [6].

Рак молочной железы – это злокачественное заболевание, при котором опухолевые клетки образуются в тканях молочной железы [7].

Распространенность заболевания – это медико-статистический показатель определяющий количество зарегистрированных заболеваний [8].

Систематический обзор – это форма анализа медицинских исследований, состоящая из тематического поиска, оценки и отбора данных, синтеза статей, и анализа полученных данных [9].

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги [10].

Эпидемиологическое исследование – это совокупность исследований для изучения причин возникновения и распространения заболеваний или клинических/патологических состояний [11].

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ГТР	– Генерализированное тревожное расстройство
ДИ	– Доверительный интервал
КазНИИОР	– Казахский Научно-Исследовательский Институт Онкологии и Радиологии
КазНМУ	– Казахский Национальный Медицинский Университет
КОКСНВО	– Комитет по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования
МЗ	– Министерство Здравоохранения
МИ	– Мотивационное интервьюирование
МКБ – 10	– Международная классификация болезней десятого пересмотра
ОКР	– Обсессивно-компульсивное расстройство
ОШ	– Отношение шансов
ПП	– Паллиативная помощь
ПТСР	– Посттравматическое стрессовое расстройство
РМЖ	– Рак молочной железы
РК	– Республика Казахстан
СО	– Стандартное отклонение
СР	– Соотношение риска
ШДБ	– Шкала депрессии Бека
ШТБ	– Шкала тревожности Бека
ШДГ	– Шкала депрессии Гамильтона
ШТГ	– Шкала тревожности Гамильтона
BAI	– Beck Anxiety Inventory
BDI-II	– Beck Depression Inventory
CC	– Continuity correction
CES-D	– Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DSM – IV	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale
PRISMA	– Предпочтительных элементов отчетности для систематических обзоров и мета-анализов
SDS	– Zung Self-rating Depression Scale
STAI	– State Trait Anxiety Inventory
TNM стадия	– The Tumor, Node, Metastasis классификация стадий

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), 60.0% всех случаев смерти в мире связаны с хроническими не инфекционными заболеваниями, такими как патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем, онкология и диабет [12]. Предполагается, что количество пациентов с различными хроническими заболеваниями будет расти, и к 2020 году около 75.2% всех смертей будут связаны с хроническими состояниями, и частота хронических заболеваний среди всех заболеваний возрастет с 46.7% в 2001 году до 56% в 2020 году [13]. В Республике Казахстан (РК) данная статистика подтверждается результатами исследования по изучению заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями населения за 2000-2014 гг. Согласно результатам данного исследования, ведущая причина смертности в РК, а именно 26.4% от общей смертности – это болезни системы кровообращения [14].

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в РК является еще одной актуальной проблемой, и в 2018 году «грубый» показатель заболеваемости составил 175.2 на 100 000 населения, а в 2017 году данный показатель составлял 178.1 на 100 000 населения [15]. Среди всей онкопатологии, рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным видом рака. В 2018 году, 12.3% всех диагностированных случаев рака в мире были отнесены к раку молочной железы [16]. В 2018 году в РК, заболеваемость РМЖ составила 25.3 на 100 000 населения, и в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями 14.4% всех диагностированных случаев приходится на РМЖ [15].

Согласно мета-анализу общей выживаемости женщин, с РМЖ, 5-летняя общая выживаемость данных пациентов составляет 73.0% (95% ДИ [71.5-75.9]), а 10-летняя общая выживаемость составляет 61.5% (95% ДИ [54.4-67.3]) [17]. Большая роль в улучшении выживаемости пациентов с РМЖ отводится глобальной реализации программ скрининга, что привело к раннему выявлению РМЖ в группах пациентов высокого риска [18]. Например, 62.2% пациентов в Соединенных Штатах диагностируются на ранних стадиях заболевания, без распространения процесса за пределы груди, с ожидаемой 5-летней общей выживаемостью в 99.0% [19]. В РК отмечается схожий тренд в структуре заболеваемости РМЖ, где в 2018 году удельный вес пациентов с I-II стадиями составил 87.6% [15]. По данным GLOBOCAN 2018, предполагается что заболеваемость РМЖ увеличится с двух миллионов пациентов в 2018 году до более трех миллионов в 2046 году, показывая увеличение на 46.3% [20, 21].

Согласно данным Colleoni и соавторов, 10.4% пациентов с местным и региональным раком молочной железы подвергаются риску рецидива после первоначального лечения в течение первых пяти лет отсутствия заболевания [22]. По данным нескольких проспективных исследований, частота рецидивов может достигать до 40% в популяции пациентов, и для развития рецидива может потребоваться до 15 лет [23-25]. Рецидив РМЖ может быть местным,

региональным либо отдаленным (метастатическим) [22, р. 933]. Пациенты с рецидивом рака, особенно с метастатическим рецидивом, испытывают физические и психологические нарушения со стороны многих индикаторов качества жизни [26, 27].

Наличие прогрессирующего заболевания, которое может значительно ограничить продолжительность жизни, накладывает большое психологическое бремя на пациентов [28]. Тревожность и депрессия у пациентов с раком молочной железы, особенно у пациентов с метастатическим и рецидивирующим раком молочной железы, являются серьезными сопутствующими патологиями, которые могут не только повлиять на качество жизни пациентов, но, что наиболее важно, снизить их общую выживаемость [29].

Вопросу развития депрессии на фоне хронических заболеваний посвящено около 8000 исследований [30]. В одном из исследований, было доказано что у онкологических пациентов с метастатическим процессом диагностированная депрессия определялась чаще у женщин, соотношение риска (СР) = 1.4 (95% доверительный интервал ДИ 1.3-1.7), и у пациентов с несколькими заболеваниями, СР = 1.1 (95% ДИ 1.1-1.1) [31].

В 2007 году в областном онкологическом диспансере г. Семей, было проведено исследование личностных реакции у больных раком молочной железы, подвергшихся радикальной мастэктомии, у 44.2% пациентов определялась умеренно выраженная, выраженная и тяжелая депрессия, и у 28.8% пациентов определялось субдепрессивное состояние [32]. У данных пациентов депрессия диагностировалась с применением опросника ШДБ.

Согласно данным эпидемиологического исследования уровень заболеваемости РМЖ в г. Алматы на 2009-2018 гг. составил 68.2 ± 3.2 (95% CI=61.9-74.6) [33]. По данным ВОЗ на 2019 год, среди общей популяции распространенность депрессии в Казахстане составляла 4.4%, а распространённость тревожности – 3.3% [34]. По данным ВОЗ на 2022 год, глобальная распространенность тревожности и депрессии возросла на 25% [35]. Для улучшения качества жизни данных пациентов и разработки необходимых мер, в первую очередь необходимо понимать какое количество пациентов нуждается в социальной и психологической поддержке. Вследствие вышеизложенного, есть место изучению распространенности симптомов тревожности и депрессии у онкологических пациентов с РМЖ в г. Алматы. Необходимо изучить: Какова клинико-эпидемиологическая особенность распространенности симптомов тревожности и депрессии у пациентов, с диагностированным РМЖ в г. Алматы.

Цель исследования. На основании изучения клинико-эпидемиологических особенностей распространенности симптомов тревожности и депрессии при раке молочной железы разработать рекомендации по диагностике и ведению данных пациентов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать международный и отечественный опыт изучения клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ.

2. Провести систематический обзор и мета-анализ распространенности симптомов тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ.

3. Изучить в динамике клинико-эпидемиологические особенности распространенности симптомов тревожности и депрессии среди пациентов, с РМЖ в г. Алматы.

4. Изучить современные подходы к организации психологической помощи пациентам с РМЖ.

5. Разработать рекомендации по диагностике и ведению пациентов с симптомами тревожности и депрессии при РМЖ.

Научная новизна исследования:

1. В результате проведенного экспериментального исследования установлено, что уровень тревожности и депрессии у женщин с диагностированным РМЖ в первые 6 месяцев после постановки диагноза выше по сравнению с последующими 6 месяцами при своевременном и правильном ведении пациента с данным диагнозом (Приложение А).

2. Впервые были получены результаты систематического обзора и мета-анализа показывающие, что распространенность тревожности и депрессии у пациентов с распространенной формой РМЖ (метастатической и рецидивирующей) выше в сравнении с общей группой пациентов с диагностированным РМЖ.

3. Впервые установлено пороговое значение для Шкалы Депрессии Бека (Beck Depression Inventory) в версии на государственном языке, которое отличается от стандартного порогового значения (Приложение Б).

4. Полученные результаты позволили разработать научно-практические рекомендации по усовершенствованию ведения пациентов с РМЖ при наличии симптомов тревожности и депрессии.

Практическая значимость:

1. Внедрение метода таргетированного выявления симптомов тревожности и депрессии, с применением международных валидизированных инструментов (ШТБ и ШДБ), у пациентов с РМЖ, на разных этапах лечения, позволяет диагностировать тревожность и депрессию на ранних стадиях, а также определять тяжесть их психологического состояния.

2. Проведение психотерапевтической помощи пациентам с симптомами тревожности и депрессии при РМЖ, способствует улучшению их психоэмоционального состояния.

3. Необходимо обучать врачей ментальной настороженности, преимуществам раннего выявления психоэмоциональных расстройств, оказания психологической поддержки пациентам в виде обязательного направления пациентов с РМЖ к психологу для обследования и определения уровня тревожности и депрессии.

Положения выносимые на защиту:

1. У пациентов с РМЖ диагностируются высокие показатели распространенности симптомов тревожности и депрессии в ранний период после постановки диагноза.

2. Своевременная и перманентная психологическая поддержка позволяет улучшить психоэмоциональное состояние пациентов, и снизить показатели тревожности и депрессии.

3. Система здравоохранения в части оказания психологической поддержки должна трансформироваться с включением психолога в своевременную и долговременную психосоциальную поддержку пациентов на всех этапах лечения.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения работы доложены и обсуждены на:

– международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Апсаровские чтения: Новые векторы в науке 21 века: вопросы, гипотезы, ответы (Алматы: АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», 2020 – 15 мая);

– 12th European Breast Cancer Conference (EBCC-12) (Madrid, 2020 – 2-3 October);

– международной научно-практической конференции «Наука и Молодежь: Новые Вызовы и Пути Решения» (Алматы, 2022 – 22 апреля);

– 8-й международной ежегодной научно-практической конференции «Актуальные проблемы коммуникативных навыков, психологии и социальной работы в медицине: от теории к практике» (Алматы, 2022 – 05-06 мая).

Награждена.

На международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Апсаровские чтения: «Новые векторы в науке 21 века: вопросы, гипотезы, ответы», 15 мая 2020 г., была награждена Дипломом I степени за лучшую работу среди молодых ученых.

Опубликованные работы по теме диссертационной работы:

– 1 статья в издании, рекомендованном Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования;

– 3 статьи в изданиях, индексируемых в информационной системе Scopus, из них 2 статьи в издании Scopus CiteScore 3.1, процентиль 57% в Public Health, Environmental and Occupational Health (2021); 1 статья в издании Scopus CiteScore 0.8, процентиль 33% в General Medicine (2021);

– 2 тезиса в сборниках зарубежных международных конференций;

– 2 тезиса в сборниках международных конференций в Республике Казахстан.

По результатам диссертационной работы разработаны:

Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом №28096 от 29 июля 2022 года. Название объекта: Метод применения мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы (Приложение В).

Акт внедрения Методических рекомендаций по применению мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы в Казахском Научно-Исследовательском Институте Онкологии и Радиологии №20-2022 (Приложение Г).

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа выполнена согласно установленным правилам, и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, списка литературы из 155 источников. Диссертация изложена на 120 страницах компьютерного текста, оформленного с соблюдением необходимых стандартов, содержит 19 таблиц и 18 изображений.

Работа выполнялась с 2020 года по 2022 год на базе Казахского Научно-Исследовательского Института Онкологии и Радиологии, Алматинского Онкологического Центра, и Института Психологической и Социальной Поддержки.

1 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РМЖ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

1.1 Клинические проявления тревожности и депрессии

Клинические особенности и течение тревожности

По данным ВОЗ, в период до наступления пандемии COVID-19, в Казахстане распространенность тревожных расстройств в общей популяции составляла от 7 до 10%, а в период после пандемии могла возрасти до 25% [34] [35]. Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами [36]. 12-месячная распространенность специфических (изолированных) фобий составляет 10.3%, и они являются наиболее распространенными тревожными расстройствами, хотя лица, страдающие изолированными фобиями редко обращаются за лечением [37]. Паническое расстройство с агорафобией или без нее (PDA) является следующим наиболее распространенным типом с распространенностью в 6.0%, за которым следует социальное тревожное расстройство (SAD, также называемое социальной фобией; 2.7%) и генерализованное тревожное расстройство (GAD; 2.2%). Отсутствуют данные о том, стали ли эти расстройства более частыми в последние десятилетия [36, p. 177; 38]. Женщины в 1,5-2 раза чаще, чем мужчины, получают диагноз тревожного расстройства [39].

Возраст начала тревожных расстройств различается в зависимости от расстройства. Сепарационное тревожное расстройство и специфическая фобия начинаются в детстве со средним возрастом начала 7 лет, затем следует САР (13 лет), агорафобия без приступов паники (20 лет) и паническое расстройство (24 года) [40, 41]. ГТР может начаться даже позже в жизни. Тревожные расстройства, как правило, имеют хроническое течение, при этом тяжесть симптомов колеблется между периодами рецидива и ремиссии при ГТР и ПДА [42] и более хроническим течением при СТР. После 50 лет в эпидемиологических исследованиях наблюдалось заметное снижение распространенности тревожных расстройств [43]. ГТР является единственным тревожным расстройством, которое все еще часто встречается у людей в возрасте 50 лет и старше.

Текущая концепция этиологии тревожных расстройств включает взаимодействие психосоциальных факторов, например, невзгоды детства, стресс или травма, и генетической уязвимости, которая проявляется в нейробиологических и нейропсихологических дисфункциях. Данные о потенциальных биомаркерах тревожных расстройств в областях нейровизуализации, генетики, нейрохимии, нейрофизиологии и нейрокогнитивных функций были обобщены в двух недавних согласованных работах. обзоры показывают, что специфические биомаркеры тревожных расстройств еще предстоит определить. Таким образом, трудно дать рекомендации по конкретным биомаркерам (например, генетическим

полиморфизмам), которые могли бы помочь выявить лиц с риском развития тревожного расстройства.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) ранее относились к тревожным расстройствам, но теперь они помещены в другие главы пятого издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5).

Характерные симптомы. Люди с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) испытывают чрезмерное беспокойство или тревогу по поводу здоровья, работы, межличностных отношений или других жизненных событий. В целом эти опасения кажутся реалистичными; однако они, как правило, непропорциональны воздействию ожидаемого события или объекта беспокойства. Симптомы вызывают дистресс или нарушение психосоциального функционирования. Кроме того, люди с ГТР сообщают о большем беспокойстве по поводу второстепенных вопросов (например, домашние дела, ремонт автомобиля, опоздание на встречу), чем контрольная группа [44].

Другие симптомы могут включать беспокойство или повышенное возбуждение, утомляемость, раздражительность, плохую концентрацию внимания, нарушение сна и мышечное напряжение. Они часто являются хроническими и необъяснимыми, несмотря на неоднократное обращение к специалистам в области здравоохранения.

Начало – средний возраст начала ГТР составляет 30 лет, хотя диапазон широк [44, р. 314-318]. В то время как субсиндромальные симптомы тревожности распространены в возрасте до 20 лет, полное синдромальное расстройство обычно возникает позже, чем другие тревожные расстройства (например, тревожное расстройство разлуки, фобии, паническое расстройство) [45].

Исследования, изучающие влияние возраста начала заболевания на течение ГТР, дали смешанные результаты. В то время как некоторые исследования предполагают, что более ранний возраст начала связан с более затяжным течением [46], другие считают, что раннее начало ГТР не представляет собой более тяжелый подтип [47].

Считается, что ГТР с поздним началом (начало ≥ 50 лет) представляет собой наиболее распространенное тревожное расстройство среди пожилых людей [47, р. 47-50]. Лица с поздним ГТР с большей вероятностью сообщают о более низком качестве жизни, связанном со здоровьем, чем лица с ранним началом ГТР [48].

Клинические особенности и течение депрессии

По данным ВОЗ, в период до наступления пандемии COVID-19, в Казахстане распространенность тревожных расстройств в общей популяции составляла от 4 до 5.5%, а в период после пандемии могла возрасти до 25% [34; 35]. Депрессия, также известная как большое депрессивное расстройство, характеризуется пониженным настроением, проблемами с принятием решений и мышлением, потерей энергии и удовольствия, отсутствием интереса к радостной деятельности, нарушениями сна и аппетита, психомоторными расстройствами и

суицидальными мыслями [49]. Исследования показали, что депрессия у онкологических больных отрицательно влияет на качество жизни, приверженность лечению, выживаемость и увеличивает стоимость лечения [50-52]. Более вероятно, что женщины, больные раком, будут страдать депрессией, поскольку они более подвержены ей [53]. Исследования пациентов с раком молочной железы, шейки матки и яичников показали, что у этих пациентов была высокая распространенность депрессии и тревожных расстройств [54-58]. Тем не менее депрессия часто остается без внимания, и большинство онкологических больных не получают адекватного лечения [59].

Депрессия представляет собой дисрегуляцию нормальной адаптивной системы и стрессовой системы центральной нервной системы (ЦНС). Большое депрессивное расстройство является наследственным заболеванием, которым в течение жизни страдают примерно 8% мужчин и 15% женщин [60]. Более чем у 75% пациентов большое депрессивное расстройство является рецидивирующим заболеванием, характеризующимся повторными ремиссиями и обострениями [61]. Более 50% пациентов, выздоравливающих от первого депрессивного эпизода, перенесут второй в течение шести месяцев, если им не будет назначена поддерживающая терапия антидепрессантами [61, р. 453-467]. Среди тех, кто никогда не лечится, до 15% совершают суицид [62, 63].

Депрессия не только вызывает сильную душевную боль, но и нарушает фундаментальные биологические процессы, регулирующие воспаление, коагуляцию, обмен веществ, вегетативную функцию, нейроэндокринную регуляцию, сон и аппетит [64, 65]. Эти нарушения, вероятно, способствуют преждевременному развитию ишемической болезни сердца, преждевременному остеопорозу и удвоению смертности у пациентов с большим депрессивным расстройством в любом возрасте, независимо от суицида, курения или серьезных соматических заболеваний [66]. Кроме того, у женщин в менопаузе с большим депрессивным расстройством развивается преждевременный остеопороз и остеопения [67]. Принимая во внимание естественное течение, психические страдания и медицинские осложнения, связанные с большим депрессивным расстройством, Всемирная организация здравоохранения поставила это расстройство на четвертое место среди основных причин инвалидности во всем мире [68].

1.2 Распространенность тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ в мире

РМЖ является серьезной проблемой общественного здравоохранения. Заболевание чаще всего развивается у женщин, на долю которых приходится 24.2% от общей заболеваемости раком во всем мире [16, р. 394-396]. Кроме того, на долю РМЖ приходится 15% смертности от всех онкологических заболеваний [16, р. 394-396]. Несколько исследований показали, что заболеваемость и смертность от РМЖ сильно различаются в разных странах: в странах с высоким уровнем дохода возраст стандартизированный показатель на 100 000 населения по заболеваемости выше, а в развивающихся странах – возраст-

стандартизированный показатель на 100 000 населения выше по смертности (рисунок 1) [69]. Самый высокий возраст-стандартизированный показатель на 100 000 женщин по заболеваемости был выявлен в Австралии/Новой Зеландии (94.2) и Западной Европе (92.6). Самый высокий возраст-стандартизированный показатель на 100 000 женщин по смертности был выявлен в Меланезии (25.5), в то время как возраст-стандартизированный показатель на 100 000 женщин по заболеваемости в данной стране составил 49.7. Если говорить о ситуации в Казахстане, заболеваемость РМЖ увеличилась в Казахстане на 42.1% с 3272 случаев в 2009 году до 4648 случаев в 2018 году [33, р. 1257-1263]. Смертность от РМЖ в Казахстане сократилась с 8.61 на 100 000 женщин в 2010 году до 5.96 на 100 000 человек в 2020 году. Программы скрининга сыграли важную роль в выявлении пациентов на ранней стадии рака молочной железы и в увеличении предположительной продолжительности жизни пациентов.

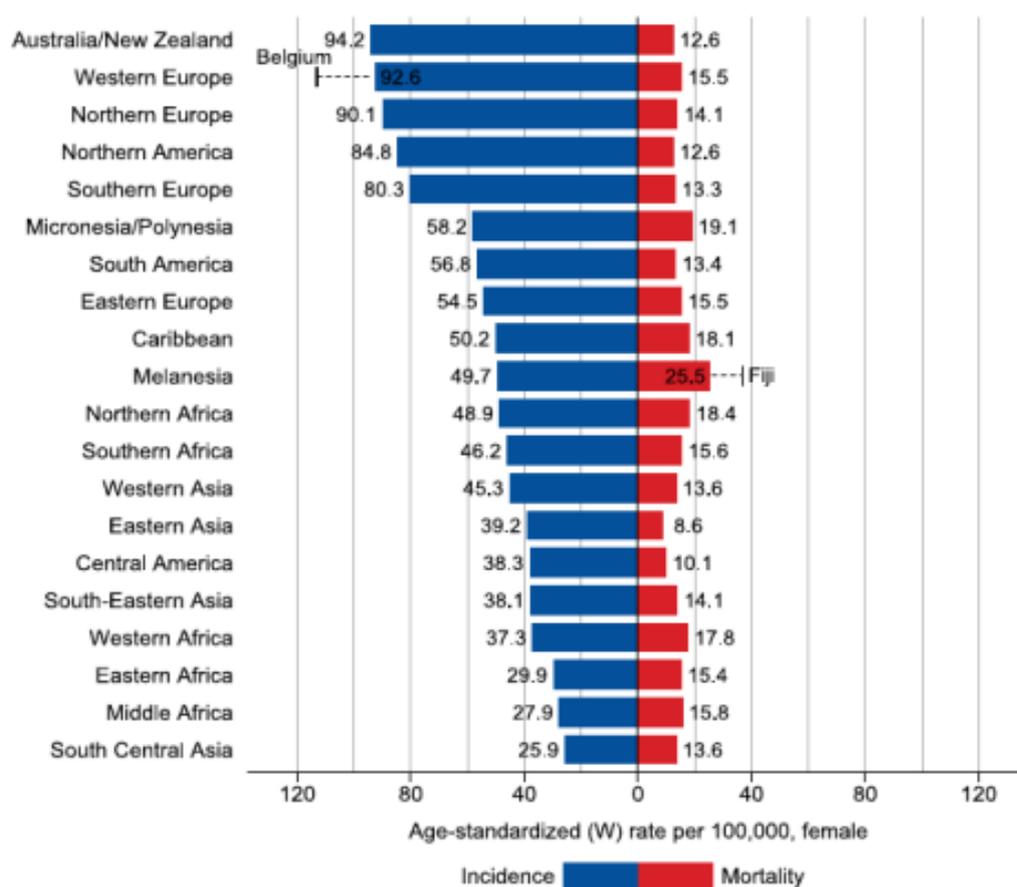


Рисунок 1 – Заболеваемость и смертность от рака молочной железы в мире; показатели на 100 000 женщин

Примечание – Составлено по источнику [70]

Несмотря на достижения в ранней диагностике рака молочной железы, больные раком молочной железы по-прежнему сталкиваются со многими проблемами, в том числе с высокой психологической нагрузкой [53, р. 101328-101328-9]. Несколько хорошо зарекомендовавших себя исследований

показывают, что пациенты с раком молочной железы испытывают высокое психологическое бремя с момента постановки диагноза и на протяжении всей жизни [71, 72]. Согласно систематическому мета-анализу, распространенность тревожности среди больных раком молочной железы колеблется от 4.1% до 97.5% [73], а распространенность депрессии колеблется от 3.0 to 95.9% [74]. Имеются данные о том, что женщины, проходящие уже на этапе обследования для постановки диагноза РМЖ испытывают высокий уровень тревожности и ff [75]. Кроме того, высокий уровень тревожности и депрессии наблюдался среди пациентов с РМЖ, которые прошли терапию, и находятся в ремиссии [71, p. 100-107]. Длительная и сложная терапия РМЖ нарушает повседневную жизнь пациента и меняет его личность, а также создает дополнительную нагрузку на лиц, осуществляющих уход. В результате у пациента возникают психологические проблемы [73, p. 166-177]. Пациенты с РМЖ, которые испытывали высокий уровень психологического стресса, имели большую инвалидность, более низкое качество жизни и даже более низкую выживаемость [76].

Более того, исследования показывают, что пациенты с раком не решают свои проблемы с психическим здоровьем своевременно или адекватно и подвергаются более высокому риску недостаточного лечения. Поэтому важно, как первый этап усовершенствования системы психологической поддержки пациентов определить масштабы проблемы и изучить распространенность тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ.

В каждом регионе есть свои особенности распространенности, и это влияет на подходы к терапии психологических и эмоциональных состояний пациентов, развитие инфраструктуры, кадровые вопросы, обучение специалистов в данной сфере, развитие общественных организаций и многое другое. Мы провели анализ, и в данная глава посвящена обзору полученных результатов.

Восточный Средиземноморский регион

Согласно данным систематического обзора, посвященного глобальной распространенности тревожности Восточный средиземноморский регион, является регионом с самой высокой распространенностью тревожности среди пациентов с раком молочной железы [73, p. 166-177]. По результатам 6 исследований, включенных в мета-анализ, объединенная средняя распространенность тревожности в данном регионе составляет 56.1%. В глобальный обзор были включены исследования из трех стран региона, таких как Иран, Лепанон и Саудовская Аравия. По результатам трех исследований, проведенных в различное время разными авторами, распространенность тревожности в Иране варьирует от 60.5 до 76.8% [77-79]. В Саудовской Аравии распространенность тревожности варьирует от 24.5 до 60.8% [80, 81]. В Лепаноне распространенность тревожности среди пациентов с РМЖ составила 41.3% [82].

Согласно данным систематического обзора, посвященного глобальной распространенности депрессии Восточный средиземноморский регион, является регионом с самой высокой распространенностью депрессии среди пациентов с

раком молочной железы [74, р. 519-521]. По результатам 10 исследований, включенных в мета-анализ, объединенная средняя распространенность депрессии в данном регионе составляет 51,5% [74, р. 519-521]. В глобальный обзор были включены исследования из пяти стран региона, таких как Иран, Йордан, Катар, Ливан и Саудовская Аравия [74, р. 519-521].

Исследование, проведенное El Missiry и соавторами, не было включено в вышеупомянутые обзоры, так как оно фокусировалось только на пациентах с рецидивирующим РМЖ [83]. В данном исследовании, по результатам проведенного структурированного интервью (DSM-IV) распространенность депрессии составила 60%, при среднем возрасте пациентов в 47 лет [83, р. 36-42].

Gharaei и соавторы провели мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и обнаружили что распространенность депрессии в Иране варьирует от 14% в Тегеране до 95.9% в Керманшахе [84, 85]. Мета-анализ 18 исследований проведенных в Иране с 2000 по 2016 гг., показал что объединенная средняя распространенность депрессии составляет 46.83% при среднем возрасте пациентов в 47.94 лет [85, р. e2019030-1-e2019030-10]. При этом наиболее часто используемым методом диагностики депрессии являлся опросник Beck Depression Inventory (ШДБ), который использовался в 8 из 18 исследований [85, р. e2019030-1-e2019030-10].

Вышеупомянутые исследования позволяют заключить, что в данном регионе распространенность депрессии очень высока при молодом среднем возрасте пациентов. Также, интересно отметить высокую распространенность депрессии у пациентов с рецидивирующим РМЖ.

Высокие показатели распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ в Иране могут быть связаны с тремя большими группами факторов:

Социо-экономический контекст: в настоящее время экономика Ирана медленно выходит из десятилетней стагнации, вызванной двумя раундами экономических санкций, заметной цикличностью цен на нефть и нестабильностью в стране.

Медицинский контекст: В Иране, РМЖ является самым распространенным видом злокачественных новообразований, имел очень высокий уровень смертности при более молодом среднем возрасте пациентов в сравнении с западными странами [86-88]. Средний возраст пациентов с РМЖ в Иране ниже 50 лет.

Психологический и психосоциальный контекст, которые женщина и ее окружение связывают с ситуацией. В одном исследовании распространенности тревожности и депрессии в Иране у пациентов с РМЖ в сравнении со контрольной популяцией, было выявлено что у контрольной группы пациентов распространенность тревожности и депрессии была ниже чем у пациентов с РМЖ, но тем не менее была достаточно высокой 41 и 22% соответственно [77, р. 195-197].

В 2015 году, пятилетняя выживаемость при раке молочной железы в Иране оценивалась в 69.5% (64.5-74.5) (Q=570,9, I-квадрат=96.7%, P<0,001) [89].

Согласно данным DeSantis и соавторов, благодаря ранней диагностике, улучшенным методам терапии, социальной поддержке онкологических пациентов, а также дополнительному финансированию терапии РМЖ от благотворительных фондов, 5-летняя предполагаемая выживаемость пациентов в Иране выросла до 89% в 2017 году [90]. Дополнительным фокусом терапии данных пациентов стало улучшение качества их жизни, так как они зачастую испытывают постоянные нежелательные симптомы, такие как усталость, тошнота, когнитивные затруднения и психические нарушения [91]. Религия играет центральную роль в социальной сфере жителей Ирана, соответственно религиозные/духовные методы снижения стресса применяются для снижения уровня тревожности среди пациентов с РМЖ [92].

Еще одним важным аспектом социальной поддержки пациентов с РМЖ является функционирование благотворительных фондов в Иране.

Министерство здравоохранения и медицинского образования (МОНМЕ) Ирана разработало научно обоснованные стратегии для раннего выявления и скрининга РМЖ. Негосударственные организации и благотворительные организации являются одними из наиболее важных составляющих государственной программы по борьбе с РМЖ. Благотворительные организации являются одними из ключевых игроков в программах борьбы с РМЖ не только в Иране, но и во всем мире. Благотворительные организации по борьбе с раком ведут программы по поддержке правительства в контроле индустрии табакопроизводства и контроля, по программам развития раннего выявления и скрининга, а также в обеспечении доступа к высококачественной помощи, путем финансирования закупа лекарственных средств. В Иране благотворительные организации были созданы на национальном и местном уровнях. Iran Cancer National Network of NGOs and Charities (IRCNNC) - Иранская национальная сеть неправительственных и благотворительных организаций по борьбе с раком (IRCNNC). IRCNNC представляет собой сеть неправительственных и благотворительных организаций по борьбе с раком и выступает в качестве голоса больных раком и широкой общественности. Путем адвокации, расширения прав и возможностей, а также обмена знаниями и информацией сеть сформировала коалицию среди своих членов для продвижения целей национальной программы борьбы с раком и содействия программам профилактики, ранней диагностики, лечения, а также поддерживающей и паллиативной помощи.

Всего 43 благотворительных организаций являются активными членами IRCNNC и имеют 6 активных направлений, в том числе 1) финансовая и нефинансовая поддержка; 2) оказание медицинских услуг; 3) предоставление жилья сопровождающим пациентов, путешествующим из других городов; 4) обеспечение инфраструктурой и медицинским оборудованием онкологических больниц; 5) проведение научно-исследовательских работ и 6) проведение просветительских и информационных кампаний. Большая часть деятельности связана с финансовой и нефинансовой поддержкой. Семь благотворительных организаций являются членами Международного союза по борьбе с раком

(UICC). Пять благотворительных организаций сфокусированы на проблеме РМЖ в Иране.

Юго-Восточная Азия

В 2017 году, the Action Study Group, опубликовало результаты продольного исследования качества жизни пациентов связанного со здоровьем и психологического дистресса у пациентов со злокачественными новообразованиями из восьми стран Юго-Восточной Азии с низким или средним уровнем национального валового дохода на душу населения [93]. В данное исследование было включено 5249 пациентов со злокачественными новообразованиями, средний возраст пациентов составил 52 года [93, р. 10-1-10-13]. 32% пациентов, включенных в данное исследование, были пациенты с РМЖ [93, р. 10-1-10-13]. Средний показатель качества жизни, по результатам опросника качества жизни (Quality of Life Questionnaire) QLQ-C30, составил 69.7 из возможных 100 для пациентов с РМЖ [93, р. 10-1-10-13]. У 33% пациентов с РМЖ была выявлена тревожность, и у 41% пациентов была выявлена депрессия с помощью опросника Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) через 12 месяцев после постановки диагноза [93, р. 10-1-10-13].

Данные представленные the Action Study Group о высокой распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ в Юго-Восточной Азии, подтверждаются данными двух систематических обзоров о распространенности тревожности и депрессии в данном регионе у пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии заболевания [73, р. 166-177; 74, р. 519-532].

Согласно данным Hashemi и соавторов, объединенная средняя распространенность тревожности в Юго-Восточной Азии составляет 42.6% [73, р. 166-177]. В данном обзоре были объединены 4 исследования из Малайзии, Непала и Тайланда [73, р. 166-177]. Частота диагностированной тревожности в регионе варьировала от 16% в Тайланде до 89.2% в Непале [73, р. 166-177]. Интересно отметить, что в обоих исследованиях был использован один и тот же метод диагностики тревожности, опросник HADS.

Согласно данным Pilevarzadeh и соавторов, объединенная средняя распространенность депрессии в Юго-Восточной Азии составляет 33,2% [74, р. 519-532]. В данном обзоре были объединены 7 исследований из 5 стран, где частота диагностированной депрессии варьировала от 19% в Тайланде до 93.3% в Непале [74, р. 519-532]. Схожая динамика распространенности тревожности была отмечена в исследовании, проведенным Hashemi и коллегами, направленное на изучение глобальной распространенности тревожности среди пациентов с РМЖ [73, р. 166-177].

Еще одно исследование проведенное в Непале в 2017 году, продемонстрировало что из 149 пациентов у 52.34% пациентов с РМЖ была диагностирована тревожность, и у 40.93% пациентов с РМЖ была диагностирована депрессия с применением опросника HADS [94]. В данном исследовании отмечается корреляция между наличием социальной поддержки, хорошим качеством жизни и ментальным здоровьем пациентов [94, р. 1-4].

Высокие показатели распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ в Непале могут быть связаны с тремя большими группами факторов:

1. Политико-экономический контекст: В Непале нет государственной программы по контролю онкологических заболеваний, и до января 2021 года не было программы скрининга РМЖ и рака шейки матки, при том, что, РМЖ и рак шейки матки составляют 30% смертей от рака среди непальских женщин. Слабая экономика страны, и зависимость от импорта.

2. Медицинский контекст: В Непале, РМЖ и рак шейки матки являются наиболее распространенными видами злокачественных новообразований. Заболеваемость РМЖ в 2018 году составляла 12 на 100 000 населения (age standardized rate), при этом, смертность от РМЖ составляла 8 на 100 000 населения (age standardized rate).

3. Социокультурный контекст: высокий уровень потребления алкоголя, высокое содержание пищевых жиров в диете, курение и воздействие радиации.

В Непале, так же, как и в Иране функционируют иностранные благотворительные фонды, которые оказывают поддержку пациентам с онко заболеваниями, и пациентам с РМЖ, в том числе. Два благотворительных фонда, Daiichi Sankyo and AMDA-MINDS, объединились для того, чтобы с января 2021 года инициировать программу скрининга РМЖ и рака шейки матки среди населения, в двух самых крупных регионах Непала.

Объективная оценка результативности данной программы еще в работе.

Африка

В глобальный мета-анализ распространенности тревожности среди пациентов с РМЖ, с данного региона было включено одно исследование, проведенное в 2017 году [73, р. 166-177]. В данном исследовании, проведенном в Нигерии, тревожность была выявлена у 19% пациентов [73, р. 166-177]. Для диагностики тревожности применялся опросник Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) [73, р. 166-177].

Ророола и коллеги в 2011 году провели исследование распространенности и ассоциированных факторов депрессивных расстройств среди пациентов с РМЖ в Лагосе, Нигерия [95]. Для выявления депрессии, было проведено структурированное интервью (DSM – IV) [95, р. 675-678]. Среди 124 пациентов с РМЖ, включенных в исследование, депрессия была выявлена у 50 (40.3%) пациентов [95, р. 675-67]. Среди факторов, ассоциированных с депрессией авторы выделили три основных: отсутствие партнера, плохая воспринимаемая социальная поддержка, и наличие распространенной стадии заболевания [95, р. 675-67].

Kagee и соавторы в 2017 году опубликовали результаты исследования психосоциальных предикторов дистресса и депрессии среди 201 женщин с РМЖ в Южной Африке [96]. Средний возраст пациентов составил 55,7 лет [96, р. 908-913]. Для диагностики депрессии, в исследовании был применен опросник Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D), который выявил симптомы депрессии у 36.6% пациентов [96, р. 908-913]. Авторы данного

исследования выявили, что стресс связанный с изменением целостности тела и низкая воспринимаемая поддержка были основными предиктивными факторами психологического дистресса и депрессии в данной группе пациентов [96, p. 908-913].

В глобальный мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с РМЖ, эти исследования включены не были.

Куюе и соавторы, провели исследование тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ в Гане, и выявили что у около 95% пациентов была и тревожность, и депрессия. Данный показатель выше, чем средний показатель тревожности и или депрессии для пациентов с РМЖ. Высокую распространенность эмоциональных расстройств авторы объясняют такими факторами, как: поздняя стадия проявления основного заболевания, высокая стоимость лечения, отсутствие финансовой поддержки, отсутствие страховки, неадекватная поддержка семьи, уныние семьи, игнорирование со стороны супругов, разлука, развод, страх и тот факт, что некоторые думают, что РМЖ является коммуникативным заболеванием. Бремя заболевания также включало выпадение волос, обесцвечивание ногтей и различные проблемы с цитотоксическими препаратами. Выпадение волос (алопеция), может причинять пациентам значительный дискомфорт, в связи с локальной культурной особенностью: макушка волос является частью самооценки пациента и может повлиять на его уверенность в себе.

К основным причинам высокой распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ относятся высокие финансовые обязательства пациентов. Стоимость лечения РМЖ в Гане колеблется от 1500 до 3000 долларов США (данные на 2020 год), и отчеты исследования показали, что такие деньги слишком высоки для среднего пациента. Опять же, общая стоимость лечения может быть намного выше, при назначении химиотерапии и гормональной терапии, и при сочетании с лучевой терапией. По статистике, около 41% пациентов не имеют никакой зарплаты или дохода и еще 21% имеют менее 300 долларов США, стоимость лечения слишком высока и непосильна для пациентов, отсюда высокие показатели тревожности и депрессии. Эти результаты согласуются с исследованием Ороку et al. (2012), которое показало, что финансовое бремя может значительно повлиять на общий результат лечения пациентов, проходящих лечение [97].

Западно-Тихоокеанский регион

Мета-анализ распространенности тревожности среди пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии показал, что распространенность депрессии в Западно-Тихоокеанском регионе составила 26.6% [73, p. 166-177]. Мета-анализ включил 2 исследования проведенных в Китае [73, p. 166-177].

Мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии показал, что распространенность депрессии в Западно-Тихоокеанском регионе составила 29.9% [74, p. 519-532]. Мета-анализ включал 10 исследований из 4 стран региона: Австралия, Китай, Южная Корея и Япония [74, p. 519-532].

В Китае было проведено исследование пациентов с РМЖ на адъювантной терапии на наличие симптомов тревожности и депрессии, где пациенты заполняли опросник HADS [98]. По результатам исследования у 21.1% пациентов была диагностирована тревожность, при этом у пациентов, получающих химиотерапию тревожность была выше по сравнению с пациентами на лучевой терапии, 26.9% против 12.5% [98, р. 17-21]. У 34.4% пациентов была диагностирована депрессия, при этом у пациентов, получающих химиотерапию депрессия была выше по сравнению с пациентами на лучевой терапии, 41.5% против 23.9% [98, р. 17-21]. Данное исследование было продолжено, и в 2013 году были опубликованы результаты сравнения 269 пациентов с РМЖ на адъювантной терапии с 148 пациентами, которые закончили терапию в течении одного года до включения в сравнение [99]. Данный анализ показал, что у пациентов на терапии почти в два раза чаще диагностировалась депрессия, по сравнению с пациентами, закончившими терапию [99, р. 877-881].

В Австралии было проведено популяционное исследование возрастных норм и факторов риска развития тревожности среди 731 пациентов с РМЖ, по результатам которого было выявлено, что пациенты с III-IV стадией, а также пациенты с диагностированным РМЖ (не более 6-месяцев), и менее образованные пациенты имели более высокий показатель распространенности тревожности [100]. В данном исследовании, по результатам опросника HADS, тревожность была диагностирована у 25% пациентов, а депрессия была диагностирована только у 12% пациентов [100, р. 755-761].

Распространенность депрессии в Западно-Тихоокеанском регионе самая низкая, по сравнению с другими регионами ВОЗ.

Система здравоохранения в Малайзии:

В Малайзии существует двухуровневая система здравоохранения: универсальная государственная и частная системы здравоохранения. Государство в лице Министерства Здравоохранения Малайзии субсидирует государственные медицинские учреждения, поэтому стоимость медицинских услуг в государственных клиниках ниже, чем в частных. Малайзия обеспечивает универсальное медицинское обслуживание для всех граждан и законных резидентов. Однако система основана не на национальной программе страхования. Вместо этого правительство в значительной степени субсидирует стоимость лечения в государственных учреждениях. Субсидируемая государственная система здравоохранения и хорошо зарекомендовавшая себя частная система хорошо работают в сочетании друг с другом.

Система здравоохранения в Австралии:

В стране существует Национальная система здравоохранения Medicare, основанная в 1984 году, управление которой осуществляется Комиссией медицинского страхования. Каждый постоянно проживающий в Австралии вправе пользоваться медицинским обслуживанием в рамках государственной программы страхования. 100% местных жителей имеют доступ к Medicare, около 50% населения дополнительно оформляют полис частного медицинского

страхования. Система налогообложения Австралии разработала программу стимулирования граждан со средним и высоким доходом иметь частную медицинскую страховку, покрывающую различные уровни медицинского обслуживания. Программа государственного медицинского страхования Австралии Medicare доступна для граждан Австралии и Новой Зеландии, лиц, постоянно проживающих на территории Австралии, а также временно проживающих в Австралии граждан иностранных государств, с которыми имеется соответствующее соглашение о взаимном медицинском обслуживании. К числу таких стран относятся: Бельгия, Финляндия, Италия, Мальта, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Ирландия, Словения, Швеция и Великобритания. Для регистрации в системе здравоохранения Medicare необходимо заполнить специальную форму заявления и подать его в ближайший офис Medicare.

Европа

Обзор распространенности тревожности в Европе объединил 9 исследований из 6 стран Европы [73, p. 166-177]. Объединенная средняя распространенность тревожности в данном исследовании составила 28.2% [73, p. 166-177]. Частота тревожности варьировала от 13.5% до 97.5%, исследование с самой низкой распространенностью было проведено в Великобритании в 2011 году, где для диагностики тревожности применялось структурированное интервью [101]. Высокий показатель распространенности тревожности был выявлен с применением опросника State Trait Anxiety Inventory (STAI) также в 2010 году [102].

Другое исследование, проведенное в Турции в 2011 году среди пациентов с ранней стадией РМЖ, выявило что среди 123 пациентов, заполнивших опросник HADS, тревожность была выявлена только у 34.96% пациентов [103].

Мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии показал, что распространенность депрессии в Европейском регионе составила 27.2% [74, p. 519-522]. Мета-анализ включал 20 исследований из 12 стран региона [74, p. 519-522]. Наиболее часто используемым методом диагностики депрессии в данном регионе являлся Beck Depression Inventory – 21 (BDI) [74, p. 519-522].

Яacob и соавторы провели исследование распространенности симптомов тревожности и депрессии среди женщин с РМЖ в Германии в сравнении с женщинами онкологическими заболеваниями другой локализации, по результатам которого было выявлено, что у пациентов с РМЖ депрессия и тревожность диагностировались чаще чем у пациентов с раком другой локализации. Частота депрессии и тревожности у женщин с РМЖ составила 8.8 на 100 человеко-лет [104]. В другом исследовании, согласно результатам оценки по шкале HADS, распространенность тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ в Германии составила 6.0 и 4.8% соответственно [105].

Система здравоохранения в Германии:

В Германии существует так называемая универсальная система здравоохранения с несколькими плательщиками. Он включает в себя как

государственное медицинское страхование для людей, которые зарабатывают меньше определенной зарплаты, так и частное медицинское страхование для тех, кто зарабатывает больше и предпочитает покупать частное медицинское страхование.

Работодатели и их сотрудники оплачивают большую часть системы здравоохранения в Германии за счет страховых взносов. Все работники вносят около 7.5% своей заработной платы в фонд государственного медицинского страхования. Работодатели соответственно вносят дополнительные 7.5% от заработной платы сотрудника в фонд государственного медицинского страхования.

Этот подход к здравоохранению «все за одного и один за всех» уходит своими корнями в средневековье, когда немецкие мастера платили в один фонд, который использовался для помощи любому из его членов в случае, если кто-то заболел или столкнулся с финансовыми трудностями.

Америка

Анализ распространенности тревожности среди пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии показал, что распространенность тревожности в Американском регионе составила 38.9% [73, p. 166-169]. Мета-анализ включал 6 исследований, все исследования были проведены в Соединенных Штатах Америки [73, p. 166-16]. Во всех исследованиях были использованы различные методы диагностики тревожности [73, p. 166-16].

Мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с РМЖ вне зависимости от стадии показал, что распространенность депрессии в Американском регионе составила 25.1% [74, p. 519-523]. Мета-анализ включал 15 исследований из 2 стран региона: Соединенные Штаты Америки и Бразилия. Наиболее часто используемым методом диагностики депрессии в данном регионе являлся опросник CES-D [74, p. 519-523].

Система здравоохранения в США:

Система здравоохранения США уникальна среди промышленно-развитых стран. В США нет единой системы здравоохранения, нет всеобщего медицинского страхования, и только недавно был принят закон, обязывающий обеспечивать покрытие стоимости услуг здравоохранения для всех граждан. Так как в США нет национальной службы здравоохранения, национальной системы медицинского страхования с одним плательщиком или универсальным фондом медицинского страхования с несколькими плательщиками, систему здравоохранения США лучше всего можно описать как гибридную систему. В 2014 году 48 процентов расходов на здравоохранение в США приходилось на частные средства, при этом 28 процентов приходилось на выплаты от частных лиц (household payments) и 20 процентов – на частный бизнес [106]. На федеральное правительство приходилось 28 процентов расходов, а на правительства штатов и местные органы власти – 17 процентов. Большинство медицинских услуг, даже если они финансируются государством, предоставляются частным образом.

В 2014 году 283.2 миллиона человек в США, а это 89.6% населения США имели тот или иной вид медицинского страхования, при этом 66 процентов работников были охвачены планом частного медицинского страхования. Среди застрахованных 115.4 миллиона человек, или 36.5% населения, получили страховое покрытие через правительство США через Medicare (50.5 миллиона), Medicaid (61.65 миллиона) и/или Управление по делам ветеранов или другую военную помощь (14.14 миллиона) (один человек может быть охвачен более чем одним государственным планом страхования). В 2014 году почти 32.9 миллиона человек в США не имели медицинской страховки.

1.3 Международный опыт организации медицинской помощи пациентам с РМЖ с диагностированной тревожностью и/или депрессией

По данным обзора распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ в мире, описанного в предыдущей главе, было выявлено, что странами с наиболее низкой распространенностью являются Германия, Австралия и Малайзия. В данной главе будут описаны модели организации медицинской помощи пациентам с РМЖ с диагностированной тревожностью и депрессией именно в этих странах.

Проект nFC-isPO в Германии

В Германии в настоящее время внедрена «новая форма помощи isPO» («nFC-isPO»; интегрированная, межсекторальная психоонкология/integrierte, sektorenübergreifende Psycho-Onkologie) [107]. Этот подход направлен на достижение целей, поставленных в Национальном плане по борьбе с раком, путем предоставления психоонкологической помощи всем больным раком в соответствии с их индивидуальными потребностями в медицинской помощи. Термин «новая форма помощи» определяется Инновационным фондом (IF) Объединенного федерального комитета Германии как «структурированное и юридически обязывающее сотрудничество между различными профессиональными группами и/или учреждениями в области медицинской и немедицинской помощи».

Проект nFC-isPO был внедрен в четырех онкологических центрах Германии и в настоящее время находится в процессе постоянного улучшения качества. В рамках проекта nFC-isPO оценивается независимым учреждением: Институтом медицинской социологии, исследований в области здравоохранения и реабилитационных наук (IMVR), Кельнский университет, Германия.

Четырехлетний проект nFC-isPO был выбран IF для получения финансирования, поскольку он соответствует требованиям Национального плана по борьбе с раком (NCP) федерального правительства, в частности, «дальнейшее развитие структур онкологической помощи и обеспечение качества» в Психо-онкологической сфере IF требует независимой оценки, чтобы убедиться, что новая форма помощи приводит к улучшению межсекторальной помощи, и изучить ее потенциал для постоянной интеграции в систему здравоохранения Германии.

Продолжительность и этапы проекта isPO

Проект nFC-isPO был запущен с октября 2017 г. по сентябрь 2021 г. Он осуществлялся в четыре последовательных этапа (рисунок 2).

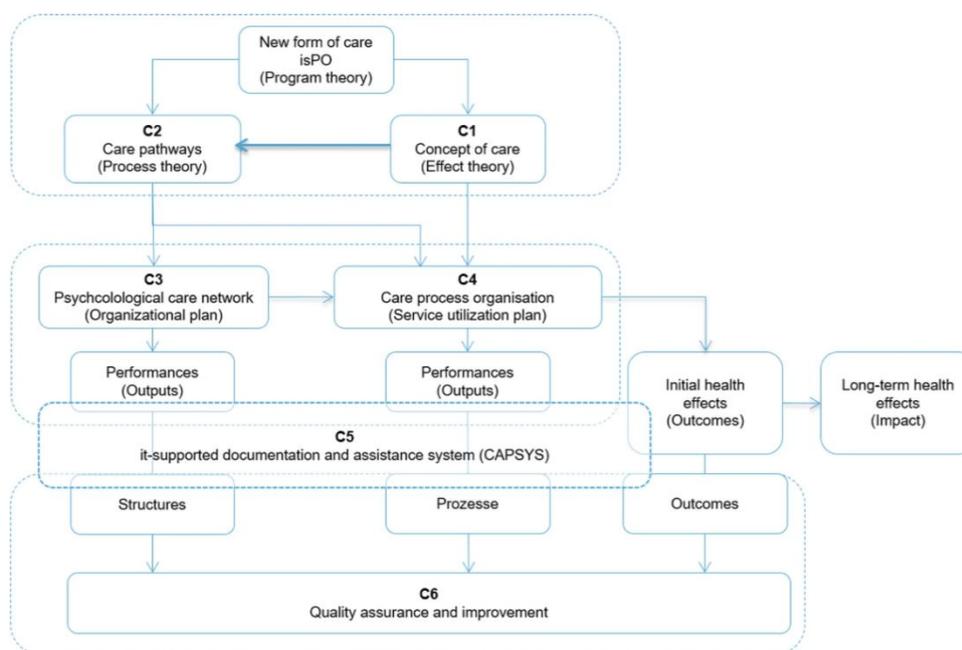


Рисунок 2 – Компоненты и особенности новой формы медицинской помощи isPO

Фаза 1

Разработка программы ухода за nFC-isPO и isPO (см. рисунок 1); подготовка договора об «особом уходе», в котором участвуют восемь крупнейших компаний обязательного медицинского страхования в Германии; создание сетей психоонкологической помощи в четырех местных центрах помощи в Рейнской области Северный Рейн-Вестфалия (Центр интегрированной онкологии, Университетская клиника Кельна; Больница Йоханны Этьен, Нойс; Клиники Марии Хильф, Менхенгладбах; GFO-Клиники Тройсдорф, Коммерческие помещения St. Йозеф Тройсдорф) и внешней проспективной оценки IMVR.

Фаза 2

Внедрение nFC-isPO в местные сети психоонкологической помощи (N=1 610 пациентов; первый пациент, январь 2019 г.), сопровождаемый ежеквартальными сетевыми внутренними кружками качества; ежеквартальные общесетевые семинары по совместному развитию качества с участием поставщиков услуг местных сетей, партнеров по консорциуму проекта isPO и участвующих компаний обязательного медицинского страхования; первый этап внешней формирующей оценки IMVR.

Фаза 3

Продолжение лечения пациентов в рамках nFC-ISPO (последний пациент, сентябрь 2020 г.); локальное и общесетевое улучшение качества; второй этап внешней формирующей оценки IMVR.

Фаза 4

Окончание обслуживания пациентов в рамках нФК-ИСПО в локальных сетях (последний пациент выбыл, сентябрь 2021 г.); внешнее суммарное оценивание по IMVR.

Проект isPO включает в себя «новую форму ухода», объединяющую программу ухода isPO и исследование isPO. Исследование isPO проводится внешним, независимым от проекта Институтом медицинской социологии, исследований в области здравоохранения и реабилитационных наук (IMVR) Кельнского университета, Германия. Целью оценки является оценка качества, эффективности и экономических последствий программы помощи isPO. Партнеры консорциума несут ответственность за особые аспекты разработки, внедрения и оценки компонентов нФК-ИСПО. Фонды медицинского страхования поддерживают партнеров по проекту isPO, чтобы гарантировать, что нФК-isPO осуществляется в соответствии с книгой 5 социального кодекса Германии (SCB V) обязательной системы медицинского страхования. Программа isPO должна внедряться в местных медицинских учреждениях на основе договора об «особом уходе» в соответствии с § 140a SCB V. Таким образом, нФК-isPO предназначена для внедрения в немецком секторе здравоохранения. Контракты на «особый уход» согласно SCB V предусматривают, что, помимо клинических услуг по уходу за больными (программа ухода isPO), предоставляются также формально-административные услуги, которые, в частности, обслуживают регистрацию пациентов, координацию услуг между различными профессиональными службами. Группы, управление уходом за пациентами в соответствии с договором, а также обеспечение качества и выставление счетов.

Если после четырехлетнего финансирования внешняя итоговая оценка IMVR даст положительный результат и, следовательно, IF согласится на распространение подхода isPO в масштабах всей Германии, возникнут новые проблемы. Представляется нереалистичным внедрить подход isPO сразу по всей Германии (географический охват). Однако структура нФК-ИСПО рассчитана на последовательное распространение в системе здравоохранения. На первом этапе онкологические центры и врачи частной практики объединяются, чтобы сформировать локальные психоонкологические сети, сотрудничать с медицинскими страховыми компаниями и центральным офисом управления. На втором этапе проводится поддержка локальных сетей в настройке нФК-isPO, инструктаж по программе ухода за isPO и ознакомление с системой CAPSYS. В то же время, на третьем этапе заключается договор об уходе и подписывается соглашение о сотрудничестве, и сразу же после этого может начаться новая форма ухода за пациентом. Весь этот процесс может происходить очень быстро, поскольку с нФК-isPO уже доступны все компоненты, позволяющие оказывать психоонкологическую помощь онкологическим больным на высоком уровне качества и в соответствии с положениями SCB V. Теперь у авторов есть больше более двух лет опыта разработки, усовершенствования и внедрения подхода нФК-isPO, и, похоже, он работает.

Вывод авторов данного метода состоит в том, что нФК-isPO может быть реализован в рамках пятой книги Социального кодекса (SCB V) для

обязательного медицинского страхования, поскольку он действует с января 2019 года на основе договора «особой заботы» в соответствии с в разд. 140а СКБ В.

Психо-онкологическая служба Австралии

Психо-онкологические услуги предоставляются бесплатно в крупных государственных больницах, иногда через общие службы связи с больницами, иногда через группы или персонал, специально предназначенный для онкологического отделения. Команды состоят из социальных работников и психологов, иногда с психиатром(ами). Многие из этих услуг имеют длинные списки ожидания. Они различаются по степени, в которой они включены в общую онкологическую помощь, а также по полномочиям и автономии, которые они должны планировать и направлять свои услуги. В большинстве частных больниц и кабинетов частных практикующих врачей не предоставляются психо-онкологические услуги, хотя можно организовать направление к частнопрактикующим врачам. Во всех онкологических службах вся команда, особенно медсестры-специалисты и координаторы по уходу, занимаются оказанием психосоциальной помощи своим пациентам.

В Австралии существует множество взаимосвязанных онкологических организаций, которые участвовали в развитии психо-онкологии [108]. Организации психо-онкологии и паллиативной помощи возникли несколько независимо друг от друга, хотя они явно взаимосвязаны. Считается, что психо-онкология охватывает всю траекторию рака, от высокого риска и постановки диагноза, до выживания и/или смерти, в то время как паллиативная помощь больше фокусируется на неизлечимых больных. Многие отдельные исследователи и клиницисты являются членами нескольких организаций, занимающихся этими двумя направлениями, и очень распространено сотрудничество между исследователями в области психо-онкологии и паллиативной помощи.

В начале 2000-х годов под руководством Национального центра рака молочной железы (NBOCC) Австралия лидировала в мире по созданию комплексных психосоциальных рекомендаций по уходу за взрослыми онкологическими пациентами [109]. Это было совместное мероприятие, в котором участвовали многие лидеры психо-онкологии, и оно предоставило план и инструменты осуществления (руководство) для психосоциальной помощи. Руководство было одобрено Национальным советом по здравоохранению и медицинским исследованиям (NHMRC) Австралии и одобрено многими профессиональными группами. С тех пор психосоциальные рекомендации подверглись некоторому пересмотру и пересмотру, совсем недавно с добавлением отдельных глав о страданиях и страхе перед рецидивом рака.

В 1996 году группа исследователей и клиницистов в области психо-онкологии сформировала профессиональную группу в рамках Австралийского общества клинической онкологии (COSA), позже зарегистрированного как компания с ограниченной ответственностью под названием Австралийское общество психо-онкологии (OzPOS), с миссией:

- продвигать психосоциальную помощь больным раком, их семьям и лицам, осуществляющим уход;
- расширить возможности медицинских работников по оказанию оптимальной психосоциальной помощи;
- способствовать своевременному переводу исследований в клиническую практику.

Создание группы специалистов по психо-онкологии в рамках крупной национальной междисциплинарной организации специалистов по раку обеспечило профессиональной группе голос в политике и профессиональную защиту интересов на самом высоком уровне. Участие в Австралийском обществе клинической онкологии (COSA) привело к включению психосоциальных проблем людей, живущих с раком, во все соответствующие заявления о позиции и в обсуждения с государственными и неправительственными заинтересованными сторонами. Тесные отношения COSA с Советом по раку Австралии, NBOCC, а затем и с организацией Cancer Australia способствовали тому, что разработке руководящих принципов психосоциальной помощи для больных раком, упомянутых выше, уделялось первоочередное внимание. Участие специалистов в области психо-онкологии в COSA также позволило им подчеркнуть важность регулярного мониторинга благополучия онкологического персонала с помощью опросов о профессиональном выгорании. Совсем недавно были разработаны приоритеты и модели ухода за выжившими после рака, чтобы обеспечить психологическое благополучие выживших после рака в будущем.

В отдельных австралийских штатах у психо-онкологов есть неформальные сети. Например, в Новом Южном Уэльсе существует сеть клиницистов-психо-онкологов, которые ежемесячно встречаются для обмена примерами из практики, выслушивания приглашенных докладчиков и обсуждения профессиональных вопросов. В штате Виктория существует группа психо-онкологов, связанная с Советом по борьбе с раком Виктории (благотворительная организация), которая выступает за услуги психосоциальной онкологии и создает информацию и ресурсы для пациентов и их семей.

Финансирование исследований в области психо-онкологии поступает из различных источников, крупнейшим из которых является Национальный совет по здравоохранению и медицинским исследованиям (NHMRC), который финансирует все исследования в области здравоохранения и медицины. Cancer Australia создала совместную схему финансирования исследований (Приоритетная схема совместных исследований рака (PdCCRS), работающая с другими партнерами по финансированию, такими как государственные советы по раку, Beyond Blue (государственная организация по борьбе с депрессией) и фондами, специализирующимися на лечении опухолей, такими как Prostate Australia. Кроме того, существуют специфические для штата механизмы финансирования. Например, Институт рака Нового Южного Уэльса (CINSW), правительственный орган штата, предоставляет значительный объем программных и проектных грантов, большая часть которых направлена на исследования по внедрению. Исследователи онкологии во многих случаях

конкурируют со всеми исследователями в области здравоохранения и медицины или, точнее, со всеми исследователями рака при подаче заявок на финансирование.

Клинические исследования, проводимые исследователями в Австралии, традиционно проводились группами клинических испытаний, которые занимаются конкретными опухолями (например, Австралийская и новозеландская группа по исследованию рака молочной железы, ANZBCTG) или конкретными дисциплинами (например, Транстасманская группа радиационной онкологии, TROG). В 2005 году в Новом Южном Уэльсе была сформирована Совместная исследовательская группа психо-онкологии (PoCoG), группа клинических испытаний, посвященная психо-онкологии, когда появилась возможность финансирования через Институт рака Нового Южного Уэльса (CI NSW), отвечая к признанной необходимости развития потенциала и скоординированного сотрудничества для проведения крупномасштабных многоцентровых исследований в области психо-онкологии и поддерживающей терапии. Впоследствии PoCoG получила национальное финансирование для инфраструктуры клинических испытаний через федеральное министерство здравоохранения и рака Австралии, что укрепило его национальное присутствие в клинических исследованиях рака.

PoCoG стремится улучшить результаты для людей, страдающих раком, путем разработки и содействия высококачественным, совместным и клинически значимым исследованиям, которые сосредоточены на вмешательствах и услугах для оптимизации психосоциальной и поддерживающей помощи с упором на развитие национальных исследований.

Развитие психо-онкологической помощи в Малайзии

В Малайзии министерством здравоохранения выпущены клинические протоколы по диагностике и ведению пациентов с большим депрессивным расстройством. Также существует государственная программа «Национальный стратегический план программы борьбы с раком на 2021-2025 гг.», где было описано, что психоонкологические службы рассматривают психологические аспекты лечения и ведения онкологических больных. Психо-онкологическая служба сочетает в себе элементы психологических, социальных, поведенческих и этических аспектов онко-патологии. Доступность передовых методов лечения рака с ранним выявлением рака привели к увеличению количества взрослых и детей со званием «пережившие рак» (cancer survivors). Однако независимо от прогноза, психологический дистресс, особенно тревожность и депрессия выявляются по крайней мере у одной трети «переживших рак» пациентов, в странах со средним уровнем дохода [110]. В настоящее время психоонкологическая служба в основном предоставляется как общая «консультационная» деятельность, основанная на направлении к психиатру в большинстве больниц. Некоторый уровень психоонкологических услуг обычно предоставляется во всех больницах с психиатрами общего профиля. Подход в основном ориентирован на лечение психических состояний либо как реакция на основное заболевание или проявление побочных эффектов лечения основного

заболевания. Услуга в большинстве своем ограничена в форме консультации, несмотря на то, что психиатрическая помощь предоставляется в больницах общего профиля. Согласно стратегическому плану развития онкологической службы, должен развиваться комплексный и целостный подход к борьбе с онкозаболеваниями.

Глобальное развитие психо-онкологии

Психо-онкология развивается с 1970 года, и сейчас существуют национальные сообщества в развитых странах, создано интернациональное психо-онкологическое общество (1984), созданы различные протокола по психо-онкологическому ведению пациентов, а также расширен концепт качества жизни пациентов связанного со здоровьем, и расширен объем методов психо-онкологической коррекции пациентов.

Основные задачи психо-онкологической коррекции пациентов:

- управление болью и усталостью;
- сексуальность и репродуктивное здоровье при онкологических заболеваниях;
- лечение сопутствующих психических заболеваний и боязни рецидива;
- развитие смысла и осознанности;
- развитие телемедицины.

Обзор эффективности программ скрининга тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы

Несмотря на то, что скрининг на наличие симптомов депрессии и тревожности рекомендован Американским обществом клинической онкологии, и является обязательным для аккредитации учреждения Комиссией Американского колледжа хирургов по раку, психоэмоциональные расстройства пациентов остаются недостаточно диагностированными и недостаточно пролеченными у пациентов с раком молочной железы.

Hahn и соавторы провели кластерное рандомизированное исследование [111] с участием 1436 пациентов с раком молочной железы в 6 медицинских центрах, для оценки эффективности программы медицинского онкологического скрининга на депрессию на базе сообщества по вопросам поведенческого здоровья среди пациентов с раком молочной железы. Медицинским центрам были предложены либо индивидуальные стратегии реализации программы скрининга пациентов на наличие симптомов депрессии с индивидуальным аудитом и обратной связью, содействием и адаптируемым рабочим процессом, либо проводилось общее обучение о программе скрининга в начале исследования.

Для скрининга, в исследовании применялся инструмент, Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), где симптомы депрессии категоризируются по итоговому баллу: от 0 до 9 симптомы легкой; от 10 до 19, умеренной; и 20 или более, тяжелой депрессии. Пациенты с симптомами легкой депрессии получали общую информацию о ресурсах по охране психического здоровья по месту жительства. Пациентов с симптомами умеренной депрессии направляли либо к лицензированному онкологическому клиническому социальному работнику

(LCSW), либо к специалисту по лечению депрессии (укомплектованному LCSW и практикующими медсестрами), либо к тому и другому. Пациентов с симптомами тяжелой депрессии направляли непосредственно к специалистам по поведенческому здоровью (психиатрам или психологам), им была предоставлена немедленная консультация по телефону, в кризисных ситуациях или и то, и другое, в зависимости от обстоятельств.

Все 1436 подходящих пациентов были рандомизированы на центральном уровне (средний возраст 61,5 года, 99% женщины, 18% азиаты, 17% чернокожие, 26% латиноамериканцы и 37% белые) и наблюдались до конца исследования, выхода из исследования из-за страховки, или смерти. Группы были схожи по демографическим характеристикам и характеристикам опухолей. Что касается основного исхода, то 7,9% (59 из 744) пациентов были направлены в специальных центрах по имплементации по сравнению с 0,1% (1 из 692) в центрах, где только проводилось обучение (разница, 7,8; 95% ДИ, 5,8-9,8%). Направления к специалисту по поведенческому здоровью были исполнены 44 из 59 пациентов, получавших лечение в центрах вмешательства (75%), по сравнению с 1 из 1 пациента в центрах обучения (100%). В скорректированных моделях пациенты в специализированных учреждениях имели значительно меньше амбулаторных посещений онкологических больных (коэффициент частоты 0,86; 95% ДИ 0,86-0,89; $P = 0,001$), и не было существенной разницы в использовании первичной помощи, неотложной помощи и неотложной визита в отделение.

Выводы и значимость. Среди пациентов с раком молочной железы, получавших лечение в онкологических клиниках по месту жительства, адаптированные стратегии проведения рутинного скрининга на депрессию по сравнению с контрольной группой, включающей только обучение, привели к большей доле обращений за поведенческой помощью.

1.4 Казахстанская модель оказания помощи пациентам с диагностированной тревожностью и депрессией

Согласно стандарту оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения [2], специальные социальные услуги в области здравоохранения предоставляются в амбулаторно-поликлинической сети, в стационарах, в реабилитационных центрах, в центрах паллиативной помощи и сестринского ухода, и в организациях по профилактике ВИЧ/СПИД. Социально-медицинские и социально-психологические услуги являются одними из составляющих специальных социальных услуг в области здравоохранения, и могут оказываться путем индивидуального или группового консультирования, посещения на дому, консультирования по телефону доверия, создания групп поддержки. Для предоставления специальных социальных услуг могут быть привлечены волонтеры, общественные и неправительственные организации. Социально-психологические услуги, предоставляемые на уровне амбулаторно-поликлинического звена, ограничиваются тремя видами услуг, таких как психологическая диагностика и коррекция; создание условий для групповой или

индивидуальной социально-психологической поддержки; индивидуальная социально-психологическая помощь с применением тренингов и интерактивных методов. Если сравнить данные услуги с видами и объемом услуг предоставляемыми на стационарном уровне, то на стационарном уровне оказывается более широкий и углубленный спектр услуг, таких как: обучение основам социально-психологической адаптации для реабилитации в домашних условиях, включая навыки самообслуживания, социальной адаптации, само поддержки, и взаимно-поддержки; социально-психологическая поддержка медицинского обслуживания, индивидуальной и социальной адаптации пациентов в различных жизненных ситуациях; обучение самосохранительному поведению путем проведения социально-психологических тренингов; проведение осветительных работ через СМИ и печатные изделия для повышения психологической компетентности населения. Сравнительные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-психологические услуги предоставляемые на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях

АПП	Стационарная помощь
Психологическая диагностика и коррекция	Психологическая диагностика и коррекция
Создание условий для групповой или индивидуальной социально-психологической поддержки	Обучение основам социально-психологической адаптации для реабилитации в домашних условиях, включая навыки самообслуживания, социальной адаптации, само поддержки, и взаимно-поддержки
Индивидуальная социально-психологическая помощь с применением тренингов и интерактивных методов.	Социально-психологическая поддержка медицинского обслуживания, индивидуальной и социальной адаптации пациентов в различных жизненных ситуациях
	Обучение самосохранительному поведению путем проведения социально-психологических тренингов
	Проведение осветительных работ через СМИ и печатные изделия для повышения психологической компетентности населения
Примечание – АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь	

Список предоставляемых на уровне амбулаторно-поликлинического звена социально-медицинских услуг значительно шире, чем на стационарном уровне. Список социально-медицинских услуг на амбулаторно-поликлиническом уровне состоит из услуг: организация социальной и терапевтической работы с семьей или индивидом, находящихся в трудной жизненной ситуации; обучение основам социально-психологической адаптации для реабилитации в домашних условиях, включая навыки самообслуживания, социальной адаптации, само поддержки, и взаимно-поддержки; обучение семьи или индивида, находящихся в трудной ситуации, медико-психологическим и социально-правовым знаниям; посещение, оказание помощи, патронаж на дому тяжелобольных и других нуждающихся лиц; помощь в оформлении документов для оказания социальной помощи; консультирование для получения государственных льгот и пособий; содействие

в устройстве несовершеннолетних на усыновление, попечение или приемную семью; помощь в трудоустройстве в медицинские и другие учреждения; обучение волонтеров для предоставления медико-социальной и психологической помощи. Сравнительные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Социально-медицинские услуги предоставляемые на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях

Амбулаторно-поликлиническая помощь	Стационарная помощь
Организация социальной и терапевтической работы с семьей или индивидом, находящимся в трудной жизненной ситуации	Содействие в оказании ухода нуждающимся лицам, с учетом состояния здоровья
Обучение основам социально-психологической адаптации для реабилитации в домашних условиях, включая навыки самообслуживания, социальной адаптации, само поддержки, и взаимно-поддержки	Помощь в получении санаторно-реабилитационных льгот
Обучение семьи или индивида, находящимся в трудной ситуации, медико-психологическим и социально-правовым знаниям	Содействие в устройстве несовершеннолетних на усыновление, попечение или приемную семью
Посещение, оказание помощи, патронаж на дому тяжелобольных и других нуждающихся лиц	
Помощь в оформлении документов для оказания социальной помощи	
Консультирование для получения государственных льгот и пособий	
Содействие в устройстве несовершеннолетних на усыновление, попечение или приемную семью	
Помощь в трудоустройстве в медицинские и другие учреждения	
Обучение волонтеров для предоставления медико-социальной и психологической помощи	

Согласно приказу об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и изменений к приказу от 27 февраля 2017 года № 40, социальные и психологические услуги населению, кроме всего прочего должны включать в себя преемственность между службами формирования здорового образа жизни, и оказание психологической помощи по приказу №630, обсужденному ранее [112].

Согласно Правилам оказания первичной медико-санитарной помощи, при динамическом наблюдении пациентов, специалисты ПМСП должны обеспечить мультидисциплинарную команду. Пример мультидисциплинарной команды для ведения пациентов с РМЖ представлен на рисунке 3.



Рисунок 3 – Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с РМЖ на уровне ПМСП

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения тревожных расстройств от 2015 года, к тревожным расстройствам относятся психические расстройства, определяющиеся преобладанием тревожности, но не достигающие психотического уровня, классифицирующиеся по Международной Классификации Болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [113]. Основным диагностическим обследованием является экспериментально-психологическое обследование. Целью лечения является регрессия тревожности, медикаментозная ремиссия, и стабилизация общего состояния пациента. При неусложненной клинической картине заболевания применяется амбулаторное лечение, стационарное лечение рекомендуется при появлении осложнений, неэффективности амбулаторного лечения, в исключительных случаях. Комплаенс терапия, различные методики психотерапии и трудотерапии являются основой немедикаментозного лечения. В основе медикаментозного лечения основными лекарственными средствами являются антидепрессанты, транквилизаторы. Дополнительные медикаменты: нормотимические препараты и малые нейролептики. Для оценки депрессии применяется шкала тревожности Гамильтона.

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов от 2017 года, к депрессии без психотических симптомов относятся состояния патологически сниженного настроения, различной степени тяжести без психотических симптомов, классифицирующиеся по Международной Классификации Болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [114]. Основным диагностическим обследованием является экспериментально-психологическое обследование. При неусложненной клинической картине заболевания применяется амбулаторное

лечение, стационарное лечение рекомендуется при появлении осложнений, неэффективности амбулаторного лечения, в исключительных случаях. Комплаенс-терапия, различные методики психотерапии и трудотерапии являются основой немедикаментозного лечения. В основе медикаментозного лечения основными лекарственными средствами являются антидепрессанты и нормотимические препараты. Дополнительные медикаменты: транквилизаторы и нейролептики. Для оценки депрессии применяется шкала депрессии Гамильтона.

В клиническом протоколе диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов, и в клиническом протоколе диагностики и лечения тревожных расстройств Министерства здравоохранения и социального развития РК от 2015 года основными видами терапии прописаны психотерапия и фармакотерапия, без указания вида психотерапии, и алгоритма выбора терапии для различных групп пациентов [113, с. 3-14; 114, с. 3-8].

На данный момент, активно развивается паллиативная помощь (ПП) пациентам. ПП направлена на улучшение качества жизни пациентов в трудные моменты, когда пациент сталкивается с угрожающим жизни заболеванием. В ПП входит предотвращение и облегчение страданий, оценка и купирование болевого синдрома, а также облегчение других физических, психосоциальных и религиозных страданий. Основой ПП является отношение к пациенту как в целостной личности с физическими и душевными переживаниями, а также с социальными и духовными потребностями. Для оказания ПП, независимо от ее формы, создается мультидисциплинарная команда, которая состоит из врача общей практики или семейного врача, медицинской сестры, социального работника, психолога или психотерапевта, при необходимости – онколога или другого узкого специалиста, священнослужителя, и волонтеров.

Пример мультидисциплинарной команды для оказания паллиативной помощи пациентам с РМЖ представлен на рисунке 4.



Рисунок 4 – Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с РМЖ на уровне ПМСП

Ниже представлен анализ работы мультидисциплинарной команды при ведении пациентов с РМЖ, и краткий маршрут пациента. При подозрении на наличие РМЖ, участковый терапевт либо ВОП отправляет пациента к онкологу для дальнейшего обследования. При подтверждении диагноза РМЖ, районный онколог или онколог поликлиники сообщает о диагнозе пациенту, отправляет пациента обратно к участковому врачу для постановки на учет и ведения. Также онколог выдает пациенту направление для дальнейшего лечения основного заболевания. Участковый врач ставит в известность службу социальной поддержки, которая выявляет социально-бытовые и социально-физические потребности, и при потребности сопровождает пациента. Участковый врач, при наличии показаний направляет пациентов к узким специалистам, в том числе к психиатру. Если пациент был направлен к психиатру, психиатр проводит оценку психоэмоционального статуса пациента согласно клиническому протоколу диагностики и ведения пациентов с тревожными расстройствами либо депрессии без психотических симптомов, и проводит психотерапию. При данном маршруте, пациенты чаще всего не попадают к поликлиническому психологу для первичного скрининга психоэмоционального состояния пациента. Работа мультидисциплинарной команды при ведении пациентов с РМЖ, и краткий маршрут пациента представлены на рисунке 5.



Рисунок 5 – Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с РМЖ при наличии тревожности или депрессии на уровне ПМСП

Выводы по разделу 1

Распространенность симптомов тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ варьирует в различных странах от 10 до 90%. Авторы отмечают несколько факторов, которые могут на это повлиять, таких как уровень экономического развития страны, время от постановки диагноза, стадия основного заболевания, наличие социальной поддержки у пациентов и другие.

Мировой опыт показывает что совместная работа специалистов разного направления, таких как онкологи, психиатры, терапевты, психологи, социальные работники, а также представителей общественных организаций, позволяет обеспечить комплексный и целостный подход для эффективного ведения пациентов с РМЖ, обеспечения их психологического комфорта, социальной адаптации и функционирования.

Существуют разработанные алгоритмы психоонкологической помощи в зависимости от этапа лечения пациента, со специфическими методами и инструментами, обеспечивается непрерывная поддержка пациента на всех этапах лечения.

Для более углубленного исследования и понимания особенной распространенности симптомов тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ, есть необходимость провести мета-анализ при распространенной форме, рецидивирующей и метастатической форме РМЖ.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения исследования нами была разработана программа исследования, состоящая из следующих этапов (таблица 3).

Таблица 3 – Программа исследования

Задачи исследования	Этап исследования	Материалы исследования	Методы и дизайн исследования	Объем и объект исследования
1	2	3	4	5
Проанализировать международный и отечественный опыт изучения клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, а также современных подходов к организации медицинской помощи	Анализ клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, и современных подходов к организации медицинской помощи: международный и отечественный опыт	Клинические протоколы диагностики и лечения, и государственные программы развития системы здравоохранения различных стран. Опубликованные статьи в базах данных PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar.	Методы исследования: библиографический и информационно-аналитический. Дизайн исследования: обзор литературы.	156 источников на английском и русском языках
Провести систематический обзор и мета-анализ распространенности и симптомов тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы	Проведение систематического обзора и мета-анализа по изучению распространенности симптомов тревожности среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы	Опубликованные и неопубликованные статьи в базах данных PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar и Open Grey с Января 1990 года по Май 2020 года, а также после дующий ручной поиск литературы по списку использованной литературы включенных статей	Методы исследования: библиографический и информационно-аналитический. Дизайн исследования: систематический обзор и мета-анализ.	2 814 статей на английском языке

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
	<p>Проведение систематического обзора и мета-анализа По изучению распространности симптомов депрессии среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы</p>	<p>Опубликованные и неопубликованные статьи в базах данных Pub Med, Web of Science, Scopus, Science Direct, Google Scholar, American Doctoral Dissertations and Open Grey с Января 1990 года по Май 2020 года, а также последующий ручной поиск литературы по списку использованной литературы включенных статей</p>	<p>Методы исследования: библиографический и информационно-аналитический. Дизайн исследования: систематический обзор и мета-анализ.</p>	<p>1 602 статей на английском языке</p>
<p>Изучить в динамике клинико-эпидемиологические особенности распространенности и симптомов тревожности и депрессии среди пациентов, с РМЖ</p>	<p>Языковая и межкультурная валидизация версий на казахском языке для опросников ШТБ и ШДБ</p>	<p>Опросник для выявления симптомов тревожности ШТБ. Опросник для выявления симптомов депрессии ШДБ.</p>	<p>Методы исследования: социологический и статистический. Дизайн исследования: перекрестное исследование</p>	<p>176 женщин, свободно владеющие казахским языком, в возрасте от 18 до 65 лет. Участники исследования заполнили краткую анкету и опросник ШТБ два раза, с интервалом в 15 дней. Для валидизации опросника были рассчитаны коэффициент внутренней согласованности - альфа Кронбаха и коэффициент корреляции тест-ретест надежности</p>

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
	Клиническая валидизация казахской версии опросников ШТБ и ШДБ	ШДБ. Шкала депрессии Гамильтона (ШДГ). ШТБ. Шкала тревожности Гамильтона (ШТГ)	Методы: социо логический и статистически й. Дизайн; перекрестное	115 пациентов женского пола с различными онкологическими заболеваниями
	Проведение экспериментального исследования по изучению клинко-эпидемиологической особенности распространности симптомов тревожности и депрессии у пациентов, с диагностированным раком молочной железы	Анкеты на русском и казахском языках для выявления симптомов тревожности ШТБ. Анкеты на русском и казахском языках для симптомов депрессии ШДБ.	Методы исследования: социологический и статистически й. Дизайн исследования: экспериментальное исследование	162 пациента с раком молочной железы. При включении в исследование пациенты заполнили ШТБ и ШДБ, а затем методом слу чайного распре деления были определены в две группы. В группе интервенции пациен там была до полнительно предложено по сещение груп повых занятий с психологом. В группе конт роля пациенты не посещали дополнительны е занятия с психологом
Изучить современные подходы к организации психологической помощи пациен там с РМЖ	Проведение опроса среди психологов по стране	Опросник для психологов	Методы исследо вания: социоло гический и статистически й. Дизайн исследования: поперечное исследование	38 психологам с различных областей Республики Казахстан было предложено ответить на вопросы каса тельно их взаи модействия с пациентами с РМЖ

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5
Дать методологическое обоснование рекомендаций по диагностике и ведению пациентов с раком молочной железы при наличии тревожности и депрессии	Выбор наиболее оптимального подхода к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов	Эксперты в области диагностики, лечения и ведения пациентов с тревожностью и депрессией	Методы исследования: экспертный метод. Дизайн исследования: качественное исследование	8 экспертов: психологи амбулаторного звена, психологи стационаров, заведующие отделениям в поликлинике, заведующие отделениям в стационаре, преподаватель кафедры коммуникативных навыков
	Разработка практических рекомендации по диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов	Алгоритмы (протоколы) диагностики и лечения рака молочной железы. Алгоритмы (протоколы) диагностики и лечения тревожности. Алгоритмы (протоколы) диагностики и лечения депрессии. Методические материалы, акты внедрения, патенты на изобретения	Методы исследования: экспертный метод, систематизация данных, аналитический, метод	Получено авторское свидетельство по методике применения мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы. Разработано методологическое обоснование рекомендаций по диагностике и ведению пациентов с РМЖ при наличии тревожности и депрессии

Этапы проведения исследования

Для выполнения поставленных задач диссертационной работы, выполнение работы было разделено на несколько этапов:

1. Анализ клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, и современных подходов к организации медицинской помощи: международный и отечественный опыт.

2. Проведение систематического обзора и мета-анализа:

2.1 По изучению распространенности симптомов тревожности среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы.

2.2 По изучению распространенности симптомов депрессии среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы.

3. Валидизация инструментов исследования:

3.1 Языковая и межкультурная валидизация казахской версии опросников «Шкала тревожности Бека» и «Шкала депрессии Бека» (Приложение Б).

3.2 Клиническая валидизация казахской версии опросников «Шкала тревожности Бека» и «Шкала депрессии Бека» (Приложение Б).

4. Проведение экспериментального исследования по изучению клинико-эпидемиологической особенности распространенности симптомов тревожности и депрессии у пациентов, с диагностированным раком молочной железы:

4.1 Клинико-эпидемиологические особенности распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин, с диагностированным раком молочной железы при включении в исследование (Приложение А) (Приложение Б).

4.2 Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин, с диагностированным раком молочной железы, через 6 мес после включения в исследование (Приложение А) (Приложение Б).

5. Проведение опроса среди психологов по стране.

6. Выбор наиболее оптимального подхода к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов методом проведения экспертных оценок.

7. Разработка практических рекомендаций по диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов.

Этап 1.1 Анализ клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, и современных подходов к организации медицинской помощи: международный и отечественный опыт

Были проанализированы клинические протоколы диагностики и лечения, и государственные программы развития системы здравоохранения различных стран, и опубликованные статьи в базах данных PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar для анализа клинических проявлений тревожности и депрессии, клинико-эпидемиологических особенностей распространенности тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ в различных странах, обзора и анализа подходов к организации медицинской помощи пациентам с РМЖ, при наличии тревожности и депрессии в Германии, Австралии и Малайзии.

Этап 2.1 Систематический обзор и мета-анализ распространенности тревожности среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы

Протокол исследования зарегистрирован в международном проспективном реестре систематических обзоров PROSPERO (ID: CRD42020153960). В этом обзоре мы использовали методы из Предпочтительных элементов отчетности для систематических обзоров и мета-анализов (PRISMA).

Стратегия поиска

В базе данных PROSPERO был проведен поиск регистрации исследований, в которых оценивалась распространенность тревожности среди пациентов с метастатическим и рецидивирующим раком молочной железы, но подобных исследований обнаружено не было. Поэтому для этого обзора был проведен поиск в базах данных PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar и Open Gray с января 1990 г. по май 2020 г. Полная стратегия поиска баз данных представлена в дополнительных материалах. После первоначального выбора исследований из поиска в базе данных мы выполнили ручной поиск литературы на основе списка ссылок на выбранные статьи из поиска в базе данных.

Критерии включения в исследование

Критерии включения в исследования: 1) взрослые женщины (старше 18 лет); 2) у пациенток был первичный диагноз метастатического (IV стадия) или рецидивирующего (местного, регионарного или отдаленного) рака молочной железы; 3) информация о пропорции или количестве пациентов с тревожностью, используя стандартные методы оценки; 4) обсервационное исследование; 5) опубликованные на английском языке с января 1990 г. по май 2020 г. Критерии исключения: 1) публикации, в которых отсутствовала необходимая информация; 2) публикации, дублирующие ранее опубликованные результаты исследований; 3) имел высокий риск смещения; 4) специально ориентированные на более молодые или пожилые группы пациентов;

Выбор исследований и извлечение данных

Следуя рекомендациям PRISMA, поиск в базе данных, отбор исследований на основе их критериев включения/исключения и извлечение данных выполнялись двумя независимыми исследователями (IK и FB). С авторами отобранных исследований было сделано до двух контактов по электронной почте для получения недостающих данных, при необходимости. Список необходимой информации был создан и одобрен всеми авторами и включал в себя: первого автора, год, страну, дизайн исследования, выборку, количество подходящих и обратившихся пациентов, количество ответивших пациентов, количество пациентов с тревогой, шкалу оценки тревожности, среднее значение, возраст, доля состоящих в браке пациентов, количество пациентов с депрессией и риск систематической ошибки.

Оценка качества

Для оценки качества исследований отобранных исследований по распространенности тревожности и для оценки риска систематической ошибки во включенных исследованиях, мы использовали контрольный список Ноу, который состоял из девяти пунктов [115]. Риск систематической ошибки низкий, если показатель Ноу исследования составлял ≤ 3 . Каждый исследователь

оценивал риск систематической ошибки независимо для каждой включенной статьи, а разногласия, если они присутствовали, разрешались на основе консенсуса трех авторов.

Анализ данных

Анализ данных был выполнен с использованием статистического программного обеспечения R-studio. Основная конечная точка исследования - количество пациентов с РМЖ с тревожностью. Данные были объединены с использованием листового графика (forest plot). Совокупная средняя распространенность тревожности была рассчитана с помощью двойного арксинусного преобразования Фримена-Тьюки с использованием оценки максимального правдоподобия с ограничением случайных эффектов для обработки небольших размеров выборки и экстремальных пропорций. Чтобы учесть некоторый уровень изменчивости между исследованиями и определить потенциально влиятельные исследования для результатов метаанализа, мы рассчитали Стьюдентизированные остатки, провели анализ исключений и рассчитали объединенное среднее значение распространенности тревожности, когда влиятельные исследования были удалены. Чтобы выяснить, объясняют ли клинические и социально-демографические факторы неоднородность распространенности тревожности среди пациентов с метастатическим и рецидивирующим раком молочной железы, мы провели однофакторный метарегрессионный анализ. Для дальнейшего изучения источников неоднородности было проведено несколько анализов подгрупп. Для анализа подгрупп из-за разных размеров выборки мы предположили общий компонент дисперсии между исследованиями и объединили внутригрупповые оценки дисперсии между исследованиями.

Оценка риска систематической ошибки в исследованиях

Чтобы выявить риск предвзятости публикации, мы нанесли на график долю пациентов с тревожностью в каждом включенном исследовании по обратному значению стандартной ошибки, а затем по обратному значению размера выборки. Визуально изучили графики воронки и выполнил невзвешенный регрессионный тест Эггера на асимметрию графика воронки.

Этап 2.2. Систематический обзор и мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с распространенной формой рака молочной железы

Протокол исследования зарегистрирован в международном проспективном реестре систематических обзоров PROSPERO (Reference: CRD42020153960). В этом обзоре мы использовали методы из Предпочтительных элементов отчетности для систематических обзоров и метаанализов (PRISMA).

Стратегия поиска

Для этого обзора был проведен поиск в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, American Doctoral Dissertations и Open Grey, причем последний поиск проводился в июле 2020 года (Приложение Д). Условия поиска основывались на популяции, экспозиции, компараторе и результате (PECO) основной цели исследования (популяция: рак

молочной железы, компаратор: нет, воздействие: цифры распространенности, результат: симптомы депрессии). Полная стратегия поиска баз данных представлена в дополнительных материалах. Сначала из базы данных были выбраны одиннадцать исследований, а затем мы провели ручной поиск на основе списка ссылок выбранных статей. В базе данных PROSPERO также был проведен поиск регистрации подобных исследований.

Критерии включения в исследование

Критерии включения в исследование: 1) взрослые (старше 18 лет); 2) метастатический (стадия IV) или рецидивирующий (локальный, регионарный или отдаленный) рак молочной железы у больных с первичным диагнозом рака молочной железы; 3) наличие информации либо о доле, либо о количестве пациентов с симптомами депрессии, используя стандартные инструменты оценки наличия симптомов депрессии; 4) наблюдательные исследования 5) публиковались на английском языке с 2005 г. Критерии исключения: 1) публикации, в которых не были представлены результаты исследования; 2) публикации, дублирующие ранее опубликованные результаты исследований; 3) публикации, посвященные только молодым или пожилым пациентам; 4) высокий риск предвзятости в исследованиях (bias); 5) отсутствие необходимой информации.

Выбор исследований и извлечение данных

Следуя рекомендациям PRISMA, поиск в базе данных и выбор исследований на основе их приемлемости и извлечения данных были выполнены двумя независимыми исследователями (IK и FB). С авторами отобранных исследований было сделано до двух контактов по электронной почте для получения недостающих данных, при необходимости. Список необходимой информации был создан и одобрен всеми авторами и включал в себя: первого автора, год публикации, страну, дизайн исследования, выборку, количество подходящих и обратившихся пациентов, количество включенных пациентов, возраст, семейное положение, шкалу оценки депрессии, пороговое значение шкалы оценки, количество пациентов с симптомами депрессии и риск систематической ошибки.

Оценка качества

Чтобы оценить качество включенных исследований и для оценки риска систематической ошибки во включенных исследованиях, мы использовали Контрольный список оценки качества (QAC) из девяти пунктов для исследований распространенности. QAC оценивает репрезентативность целевой совокупности, репрезентативность выборки, систематическую ошибку отбора, систематическую ошибку отсутствия ответов, метод сбора данных, приемлемость определения случая, надежность и валидность инструмента оценки, способ сбора данных и адекватность расчета. Каждый пункт оценивается «0», если риск систематической ошибки отсутствует, и «1», если он присутствует. Общий риск систематической ошибки рассчитывается как сумма всех баллов. Риск систематической ошибки низкий, если сумма баллов находится в диапазоне от 0 до 3. Каждый исследователь оценивал риск

систематической ошибки независимо для каждой включенной статьи, и разногласия, если таковые имелись, разрешались на основе консенсуса.

Анализ данных

Анализ данных проводился с использованием статистического программного обеспечения R-studio с пакетами meta и metafor. Чтобы учесть некоторый уровень изменчивости между исследованиями и определить потенциально влиятельные исследования для результатов метаанализа, мы провели анализ исключения. Интересующим результатом было количество пациентов с симптомами депрессии по результатам опросников для выявления депрессии. Данные были объединены с использованием листового графика (forest plot). Совокупная средняя распространенность симптомов депрессии была рассчитана с помощью двойного преобразования арксинуса Фр имена-Тьюки с использованием оценки максимального правдоподобия, ограниченной случайными эффектами, для обработки небольших размеров выборки и экстремальных пропорций. Чтобы выяснить, объясняют ли клинические и социально-демографические факторы неоднородность распространенности симптомов депрессии среди пациентов с метастатическим и рецидивирующим раком молочной железы, мы провели однофакторный мета-регрессионный анализ. Для дальнейшего изучения источников неоднородности было проведено несколько анализов подгрупп. Для анализа подгрупп из-за разных размеров выборки мы предположили общий компонент дисперсии между исследованиями и объединили внутригрупповые оценки дисперсии между исследованиями.

Оценка риска систематической ошибки в исследованиях

Чтобы выявить риск систематической ошибки публикации, которая может повлиять на кумулятивные доказательства, мы нанесли на график долю пациентов с симптомами депрессии в каждом включенном исследовании, обратную его стандартной ошибке, а затем визуально изучили воронкообразный график на наличие асимметрии. Чтобы проверить, может ли метод построения воронкообразной диаграммы вызвать асимметрию, мы нанесли на график долю пациентов с симптомами депрессии, обратную размеру выборки в каждом исследовании. В качестве следующего шага оценки мы выполнили невзвешенный регрессионный тест Эггера на предмет асимметрии графика воронки.

Этап 3.1. Языковая и межкультурная валидизация казахской версии опросника «Шкала тревожности Бека»

Этическое одобрение и информированное согласие

В соответствии с Хельсинкской декларацией и ее изменениями, это исследование проводилось с соблюдением принципов конфиденциальности, анонимности и информированного согласия. Локальный Этический Комитет Казахского Медицинского Университета Непрерывного Образования исследования (ID исследования: 06-2020; дата: 16 февраля 2020 г.) одобрил протокол данного исследования. Всем участникам было дано полное объяснение цели и объема исследования, и они подписали форму информированного согласия.

Дизайн исследования

Для участия в этом исследовании был использован простой метод случайной выборки. Критерии включения: Женщины, свободно владеющих письменным и устным казахским языком, в возрасте от 18 до 65; возможность дать информированное согласие.

Процесс валидации: перевод и кросс-культурная адаптация опросников проводились в соответствии с международными рекомендациями [116]. Было задействовано пять этапов процесса перевода и кросс-культурной адаптации: перевод на казахский язык, синтез перевода, обратный перевод, согласование экспертной комиссии и предварительное тестирование предфинального варианта. Инструменты переводили два носителя казахского языка: один — специалист в области здравоохранения с опытом работы в области онкологии, а другой — не в области здравоохранения. Результаты перевода обсуждались между переводчиками и авторами, и был подготовлен черновой вариант обоих опросников. Оба опросника были переведены обратно на английский язык двумя носителями языка, ни один из которых ранее не знал исходной версии. Что бы достичь консенсуса, комитет экспертов рассмотрел отчет, подготовленный группой исследователей, в котором подробно описаны различия между переводами, обратными переводами и оригинальными версиями. Переводчики и авторы обсудили результаты перевода, и был подготовлен второй вариант. Решения комитета были направлены на обеспечение семантического, идиоматического, экспериментального и концептуального равенства между версиями. Двадцать носителей казахского языка были протестированы в предварительной версии, чтобы выяснить, есть ли у них какие-либо трудности с пониманием вопросов. Окончательная версия опросников была разработана после достижения консенсуса в 85.7%. Участники исследования заполнили эту версию анкеты.

Была проведена таргетированная рассылка с приглашением принять участие в исследовании, содержащая краткую информацию об исследовании. Участники исследования заполнили краткую анкету и опросники ШТБ и ШДБ два раза, с интервалом в 15 дней. Для валидации опросников были рассчитаны коэффициент внутренней согласованности - альфа Кронбаха и коэффициент корреляции тест-ретест надежности. Размер выборки определялся согласно рекомендациям руководства по переводу и межкультурной адаптации опросников: соотношение респондентов на каждый вопрос опросника не менее 1:5 [116, p. 3186-3190]. В данном исследовании было включено 176 респондентов, в соотношении 1:8 для каждого вопроса в опроснике.

В данное исследование по валидации опросников было включено 176 казахоязычных женщин. Они являлись жителями городов Алматы и Шымкент, а также Алматинской, Жамбылской, Туркестанской и Кызылординской областей.

Результаты валидации

Для ШТБ коэффициент альфа Кронбаха составил $\alpha = 0.78$, что показывает высокую внутреннюю согласованность шкалы. Коэффициент корреляции тест-ретест надежности был равен 0.80 (95% ДИ 0.73; 0.87), $p < 0.05$.

Для ШДБ коэффициент альфа Кронбаха составил $\alpha = 0.88$, что показывает высокую внутреннюю согласованность шкалы. Коэффициент корреляции тест-ретест надежности был равен 0.90 (95% ДИ 0.84; 0.96), $p < 0.001$, и показал высокую тест-ретест надежность теста.

В данном исследовании мы провели языковую и межкультурную валидизацию казахской версии опросников ШТБ и ШДБ для дальнейшего использования данных опросников при выявлении и оценке наличия симптомов депрессии и тревожности среди казахоязычных женщин.

Этап 3.2. Клиническая валидизация казахской версии опросников «Шкала тревожности Бека» и «Шкала депрессии Бека» (Приложение Б)

Этическое одобрение и информированное согласие

В соответствии с Хельсинкской декларацией и ее изменениями, это исследование проводилось с соблюдением принципов конфиденциальности, анонимности и информированного согласия. Локальный Этический Комитет Казахского Медицинского Университета Непрерывного Образования исследования (ID исследования: 06-2020; дата: 16 февраля 2020 г.) одобрил этот протокол. Всем участникам было дано полное объяснение цели и объема исследования, и они подписали форму информированного согласия.

Дизайн исследования

Для участия в этом исследовании был использован простой метод случайной выборки. Критерии включения: взрослые женщины с гистологически подтвержденным диагнозом рака молочной железы, шейки матки, толстой кишки, яичников или легких; стадия I-IV заболевания по классификации злокачественных опухолей TNM; письменное и устное владение казахским языком; возможность дать информированное согласие. Критерии исключения: участники, отказавшиеся участвовать в исследовании; текущее психическое или неврологическое расстройство; направление на паллиативную помощь.

Процесс состоял из двух этапов: перевод и кросс-культурная адаптация опросников описанные выше, а также оценка свойств измерения. Эти этапы проводились в соответствии с международными рекомендациями [107, p. 543-1543-30].

В соответствии с рекомендациями по переводу и валидации размер выборки должен составлять от четырех до десяти участников на элемент для самостоятельного применения инструмента. Размер выборки было решено увеличить на 5%, в связи с большим риском выбытия пациентов из исследования. Из 226 пациентов, которые были приглашены для участия в исследование, в окончательный анализ были включены данные о 115 пациентах (рисунок 6). 32 (14.2%) пациента отказались от участия в исследовании, уровень согласия пациентов для участия в исследовании составил 85.2%. 43 пациента не захотели отвечать на версию опросников на казахском языке, сказав что им привычнее отвечать на опросники на русском языке, 36 пациентов не ответили на ре-тест.

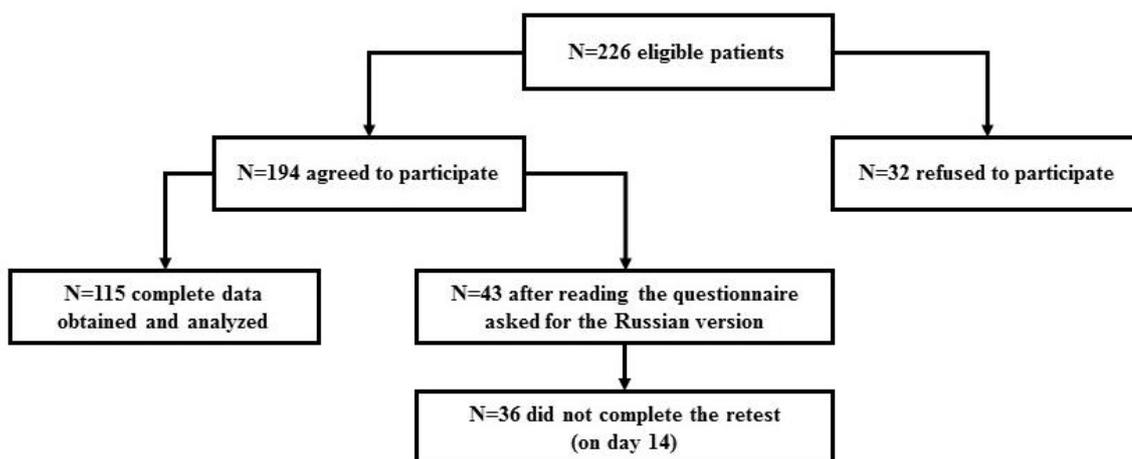


Рисунок 6 – Включение пациентов

Анкеты и сбор данных

После сбора социально-демографических данных и клинических характеристик опросники ШТБ и ШДБ применялись дважды в течение 14 дней для самооцениваемых измерительных свойств. Временной интервал был предоставлен для обеспечения сопоставимости между двумя тестами и предотвращения предвзятости памяти. ШТБ состоит из 21 пункта самоотчета, каждый с вариантами ответов. Различные симптомы тревожности измеряются с помощью данного опросника. Пациентов просят выбрать утверждение, которое лучше всего описывает их отношение к каждому утверждению в анкете. Баллы ШТБ варьируются от 0 до 63 и могут быть классифицированы следующим образом: 0-7 нет тревожности, 8-15 легкая, 16-25 умеренная и 26–63 тяжелая тревожность. ШДБ состоит из 21 пункта самоотчета, каждый с вариантами ответов. Различные симптомы депрессии измеряются с помощью ШДБ. Пациентов просят выбрать утверждение, которое лучше всего описывает их отношение к каждому предмету. Баллы ШДБ варьируются от 0 до 63 и могут быть классифицированы следующим образом: 0-13 нет депрессии, 14-19 легкая, 20–28 умеренная и 29–63 тяжелая депрессия.

После заполнения анкеты ШТБ в 1-й день пациентов просили заполнить шкалу оценки тревожности Гамильтона (ШТГ). ШТГ применялась в качестве золотого стандарта для клинической диагностики тревожных расстройств врачом, который не знал о результатах ранее проведенного исследования по анкетам. ШТГ – одна из наиболее часто используемых шкал объективной оценки тревожности. ШТГ входит в клинический протокол диагностики и лечения тревожных расстройств. Методы оценки ШТГ: легкая тревожность = 8-14; умеренная тревожность = 15-23; тяжелая ≥ 24 (баллы ≤ 7 считаются отсутствием/минимальной тревожностью).

После заполнения анкеты ШДБ в 1-й день пациентов просили заполнить шкалу оценки депрессии Гамильтона (ШДГ). ШДГ применялся в качестве золотого стандарта для клинической диагностики депрессивного расстройства врачом, который не знал о результатах ранее проведенного исследования по

анкетам. ШДГ – одна из наиболее часто используемых шкал оценки депрессии [117]. Он является частью клинических протоколов диагностики и лечения депрессии с психотическими симптомами и депрессии без психотических симптомов в Казахстане [118, 119]. По 17-балльной шкале ШДГ баллы 0-7 считаются нормальными, 8-16 указывают на легкую депрессию, 17-23 – на умеренную депрессию, а баллы выше 24 – на тяжелую депрессию; максимальный балл – 52.

Статистический анализ

Были рассчитаны средние значения, чувствительность, специфичность, положительное прогностическое значение (PPV), отрицательное прогностическое значение (NPV), диагностическое отношение правдоподобия положительное (DLR+), диагностическое отношение правдоподобия отрицательное (DLR-). Был проведен анализ кривых рабочих характеристик приемника (ROC) для определения оптимальной пороговой оценки для ШДБ в этой популяции в качестве инструмента скрининга депрессии. Надежность повторного тестирования оценивает, насколько последовательными являются ответы участников в двух разных случаях. Мы провели анализ надежности с использованием коэффициента внутриклассовой корреляции (ICC). В нашем анализе ICC менее 0.5 считался плохим, от 0.5 до 0.75 – умеренным, от 0.75 до 0.9 – хорошим, а более 0.9 – отличным [120]. Внутреннюю согласованность подшкал оценивали с помощью альфа-критерия Кронбаха. Значения в диапазоне от 0.70 до 0.95 считались приемлемыми с рекомендуемым максимальным значением альфа 0.90 [121]. Для анализа данных использовали IBM SPSS для Windows (версия 21.0, SPSS INC., Чикаго, Иллинойс, США).

Настоящее поперечное исследование включало 115 пациентов с раком молочной железы (45%), шейки матки (25%), толстой кишки (9%), яичников (13%) и легких (8%). Средний возраст пациентов составил 58,5 лет (SD=5,2). Большинство пациентов имели диплом средней школы (39%) или высшее образование (38%). Средние баллы пациентов по шкале ШТБ составили 18.4 (SD=7.8) для первого теста и 17.6 (SD=7.5) для повторного теста.

Средние баллы пациентов по шкале ШДБ составили 18.8 (SD=8.4) для первого теста и 18.8 (SD=8.0) для повторного теста.

Валидизация «Шкалы тревожности Бека»

У 78 из 115 пациентов (67.8%) с помощью ШТГ были выявлены симптомы средней и тяжелой тревожности. В ROC-анализе ШТГ площадь под кривой (AUC) составила 0.84 со стандартной ошибкой 0.1 (рисунок 7). В соответствии с традиционным пороговым показателем в 15 баллов по ШТБ, чувствительность шкалы составила 82.0%, а специфичность 70.0%. Положительные и отрицательные прогностические значения составили 85.32% и 65.9% соответственно. Данные значения являлись оптимальными, поэтому не рекомендуется использование более высокого порогового значения для ШТБ.

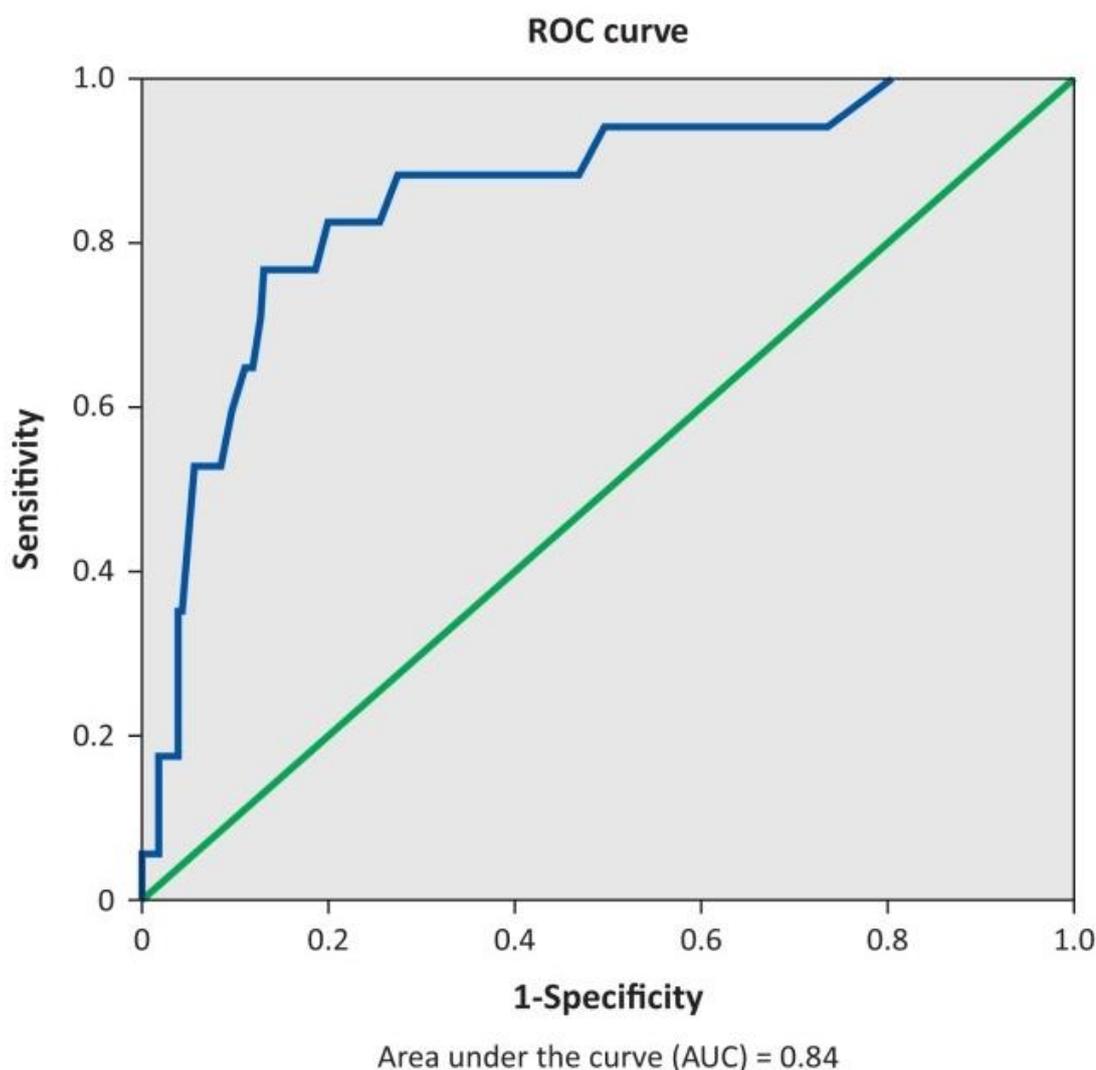


Рисунок 7 – Анализ Receiver operating characteristics (ROC) Шкалы тревожности Бека

Внутренняя согласованность общей шкалы казахской версии ШТБ показала отличную согласованность, о чем свидетельствует альфа Кронбаха, равная 0.82. Анализ ретестовой надежности показал превосходную надежность с ICC 0.89 (95% ДИ [0.86–0.92]). В таблице 4 приведены значения ШТБ по группам пациентов. Результаты Тест 1: среднее значение по шкале ШТБ было самым высоким среди пациентов с РМЖ 20.1 (ст.отк.8.0), размах 6 - 40. Самое низкое среднее значение по шкале ШТБ было у пациентов с раком легкого 14.7 (ст. отк. 6.9), размах 5 - 28. Результаты Тест 2: среднее значение по шкале ШТБ было самым высоким среди пациентов с РМЖ 19.5 (ст. отк.7.5), размах 4 - 39. Самое низкое среднее значение по шкале ШТБ было у пациентов с раком легкого 15.2 (ст. отк. 6.7), размах 6 - 28.

Таблица 4 – Результаты казахской версии Шкалы тревожности Бека

Шкалы тревожности Бека	Тест 1		Тест 2	
	средняя (СО)	минимум-максимум	средняя (СО)	минимум-максимум
Рак молочной железы n=52	20.1 (8.0)	6 - 40	19.5 (7.5)	4 - 39
Рак шейки матки n=29	16.3 (8.0)	4 - 31	15.0 (7.6)	4 - 29
Рак толстой кишки n=10	18.5 (8.1).	7 - 34	17.3 (8.2)	6 - 34
Рак легкого n=9	14.7 (6.9)	5 - 28	15.2 (6.7)	6 - 28
Рак яичников n=15	19 (5.9)	8 - 30	18.1 (6.1)	8 - 30
Примечание - СО – стандартное отклонение				

Валидизация «Шкалы депрессии Бека»

У 75 из 115 пациентов (65.2%) с помощью ШДГ была диагностирована депрессия. В ROC-анализе ШДБ площадь под кривой (AUC) составила 0.74 со стандартной ошибкой 0.1 (рисунок 8). В соответствии с традиционным пороговым показателем в 14 баллов по ШДБ, чувствительность шкалы составила 84.0%, а специфичность 65.0%. Положительные и отрицательные прогностические значения составили 81.8 и 68.4% соответственно. Использование более высокого порогового показателя ШДБ, равного 15, также сохранило высокую чувствительность (82.7%) при повышении специфичности до 75.0%. Положительные и отрицательные прогностические значения также улучшились до 86.1 и 69.8% соответственно (таблица 5).

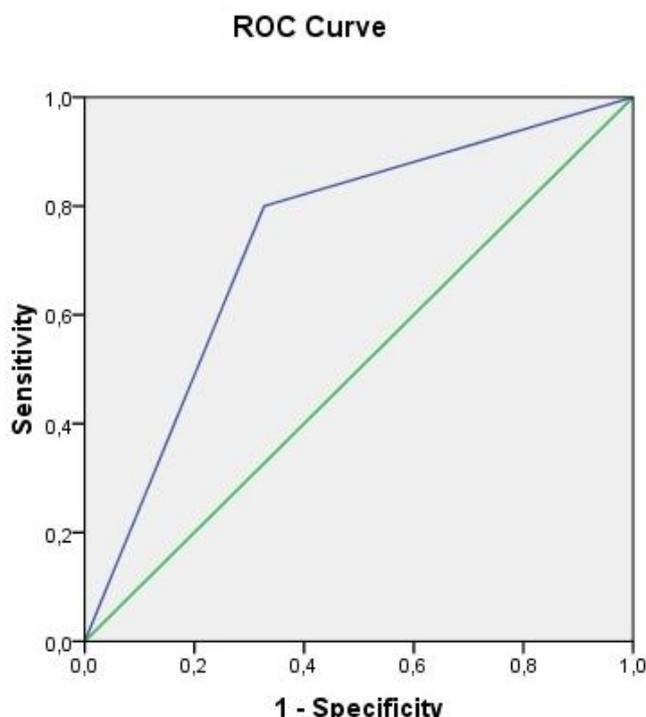


Рисунок 8 – Анализ Receiver operating characteristics (ROC) Шкалы Депрессии Бека

Таблица 5 – Валидизация Шкалы Депрессии Бека

Коэффициенты достоверности	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	PPV (%)	NPV (%)	DLR+	DLR-
ШДБ (ПП 14)	84.0	65.0	81.8	68.4	2.4	0.2
ШДБ (ПП 15)	82.7	75.0	86.1	69.8	3.3	0.2
Примечания: 1. ПП – пороговый показатель. 2. ШДБ – Шкала Депрессии Бека. 3. DLR+ - диагностическое соотношение правдоподобия положительное. 4. DLR- - диагностическое соотношение правдоподобия отрицательное. 5. NPV – отрицательное прогностическое значение. 6. PPV – положительное прогностическое значение						

Внутренняя согласованность общей шкалы казахстанского ШДБ показала отличную согласованность, о чем свидетельствует альфа Кронбаха, равная 0.86. Анализ ретестовой надежности показал превосходную надежность с ICC 0.92 (95% ДИ [0.89-0.94]). В таблице 6 приведены значения ШДБ по группам пациентов. Результаты Тест 1: среднее значение по шкале ШДБ было самым высоким среди пациентов с раком яичников 21.6 (ст. отк.6.0), размах 9 - 28. Самое низкое среднее значение по шкале ШДБ было у пациентов с раком легкого 11.9 (ст. отк. 6.0), размах 4 - 23. Результаты Тест 2: среднее значение по шкале ШДБ было самым высоким среди пациентов с раком яичников 22.7 (ст. отк.4.0), размах 16 - 29. Самое низкое среднее значение по шкале ШДБ было у пациентов с раком легкого 12.1 (ст. отк. 6.4), размах 4 - 23.

Таблица 6 – Значения Шкалы Депрессии Бека по группам пациентов

Шкала Депрессии Бека	Тест 1		Тест 2	
	средняя (СО)	минимум-максимум	средняя (СО)	минимум-максимум
Рак молочной железы n=52	20.4 (9.5)	2 - 42	19.3 (8.6)	0 - 36
Рак шейки матки n=29	17.6 (8.1)	3 - 29	18.4 (8.2)	3 – 35
Рак толстой кишки n=10	16.8 (6.7).	8 - 26	17.0 (6.3)	9 – 26
Рак легкого n=9	11.9 (6.0)	4 - 23	12.1 (6.4)	4 – 23
Рак яичников n=15	21.6 (6.0)	9 - 28	22.7 (4.0)	16 - 29
Примечание - СО – стандартное отклонение				

Этап 4. Проведение экспериментального исследования по изучению клинико-эпидемиологической особенности распространенности симптомов тревожности и депрессии у пациентов, с диагностированным раком молочной железы

Этическое одобрение и информированное согласие

В соответствии с Хельсинкской декларацией и ее изменениями, это исследование проводилось с соблюдением принципов конфиденциальности, анонимности и информированного согласия. Локальный Этический Комитет Казахского Медицинского Университета Непрерывного Образования исследования (ID исследования: 06-2020; дата: 16 февраля 2020 г.) и Локальный Этический Комитет (ЛЭК) Казахского Национального Медицинского Университет им. С.Д. Асфендиярова (номер заявки №1395, заседание ЛЭК №7 (130) от 27.05.2022 г.) одобрили протокол данного исследования. Всем участникам было дано полное объяснение цели и объема исследования, и они подписали форму информированного согласия.

Объекты и программа исследования

Объекты исследования: диагностированные пациенты с РМЖ ≥ 18 лет, находящиеся на лечении в КазНИИОиР и в АОЦ.

Единица исследования: Пациент ≥ 18 лет, с диагностированным РМЖ, находящийся на лечении в КазНИИОиР или в АОЦ.

Предмет исследования: Клинические проявления тревожности и депрессии у пациентов с диагностированным раком молочной железы.

Дизайн исследования: проспективное экспериментальное обсервационное исследование на базе Маммологического Центра Казахского Научно-Исследовательского Института Онкологии и Радиологии (КазНИИОиР), и на базе отделения маммологии Алматинского Онкологического Центра (АОЦ) (рисунок 9). После отбора пациентов по критериям включения и исключения из исследования, и получения информированного согласия, была проведена беседа с пациентом, в ходе которой был заполнен Опросник 1. Затем пациенты самостоятельно заполнили ШТБ и ШДБ. Для оценки изменений симптомов тревожности и депрессии, опросники ШТБ и ШДБ заполнялись повторно через 6 месяцев, согласно приложенной схеме на рисунке 6.

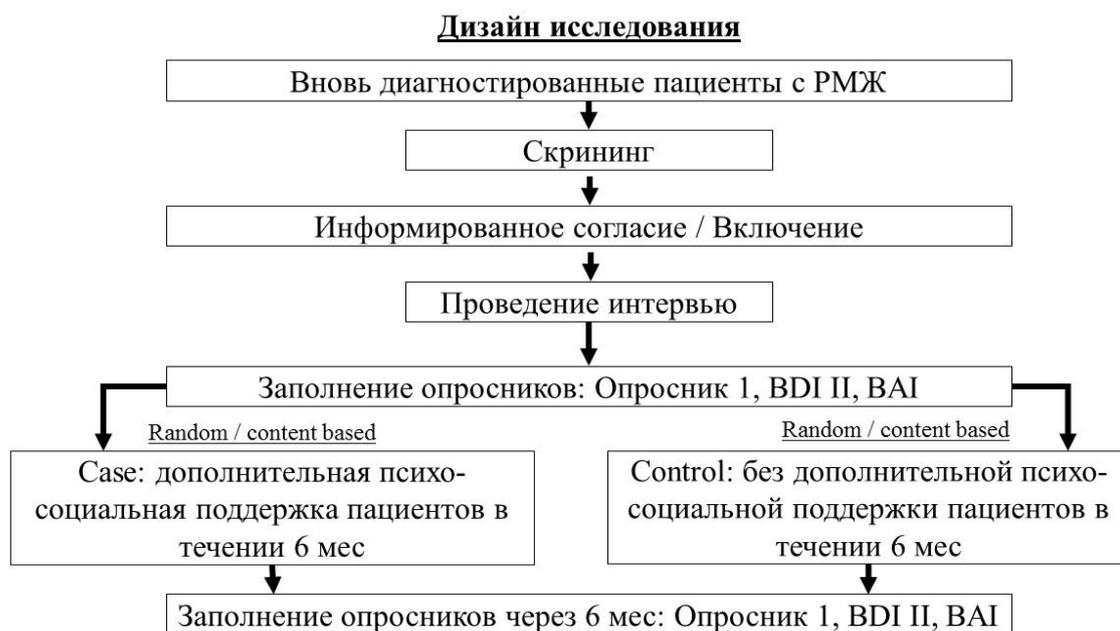


Рисунок 9 – Блок схема включения пациентов и дизайн исследования

Участники исследования: диагностированные пациенты с раком молочной железы, направленные на терапию в КазНИИОиР, либо в АОЦ отбирались для участия в исследовании согласно критериям включения и исключения. Для участия в исследовании необходимо было заполнить информированное согласие.

Критерии отбора

Критерии включения

Возраст от 18 до 63 лет.

Диагностированный рак молочной железы в течении трех месяцев до включения в исследование.

TNM стадия I-IV.

Свободное владение русским или казахским языком.

Отсутствие в анамнезе диагностированной депрессии или тревожности в предыдущие 12 месяцев.

Отсутствие в анамнезе алкогольной и наркотической зависимости.

Критерии исключения:

Наличие психиатрических заболеваний или когнитивных нарушений.

Наличие тяжелых зрительных или слуховых нарушений.

Наличие в анамнезе злокачественных новообразований других локализаций.

Направление на паллиативную терапию.

Не пригодность к участию в исследовании, в виду других медицинских показаний.

Таблица 7 – Калькуляция расчета размера выборки

Размер выборки: Экспериментальное исследование и Рандомизированные Клинические Исследования			
Двусторонний уровень значимости (1-alpha):		95	
Сила (1-beta, % chance of detecting):		80	
Соотношение размера выборки: основная и контрольная группа		1	
Распространенность в общей (контрольной) популяции		5	
Распространенность в основной группе		20	
Коэффициент шанса:		4.8	
Коэффициент риска:		4	
Разница риска/распространенности:		15	
	<i>Kelsey</i>	<i>Fleiss</i>	<i>Fleiss with CC</i>
Размер выборки – основная группа	77	76	88
Размер выборки – контрольная группа	77	76	88
Общий размер выборки	154	152	176
References			
Kelsey et al., Methods in Observational Epidemiology 2nd Edition, Table 12-15			
Fleiss, Statistical Methods for Rates and Proportions, formulas 3.18 & 3.19			
CC = continuity correction			
Результаты округлены			
Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator--SSCohort			

Наименьшее количество участников на основе расчета приблизительного размера выборки: 176 (Расчет указан в таблице 7).

Данные, которые использовались для расчета размера выборки:

Распространенность депрессии в Индии в 20% [122].

Данные оценки ВОЗ о распространенности депрессии в общей популяции Казахстана в 5% [34].

Этап 4.1. Клинико-эпидемиологические особенности распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин, с диагностированным раком молочной железы при включении в исследование

Выборка

Случайным образом были отобраны 214 пациентов с впервые диагностированным раком молочной железы в г. Алматы. Размер предполагаемой выборки был увеличен на 20%, в связи с предполагаемым большим процентом отказов либо выбытия пациентов. Были набраны пациентки, давшие согласие и соответствующие критериям включения в исследование. Среди всех отобранных пациентов, данные 162 пациентов были набраны для исследования и включены в анализ (коэффициент ответа = 75.7%). Данное исследование было одобрено Этическим комитетом Казахского медицинского университета повышения квалификации. Детали исследования были разъяснены всем участникам, и они подписали форму информированного согласия.

Описание выборки

Социально-демографическая характеристика пациентов представлена в таблице 8. 162 женщины, которые были включены в настоящий анализ, имели средний возраст 54.41 года (SD = 8,1; мин.-макс.: 32-75). Большинство пациентов состояли в браке (52%), работали по найму или работали на себя (не по найму) (51%), имели детей (91%), имели степень бакалавра или высшее образование (50%), являлись городскими жителями (54%), имели ежемесячный доход домохозяйства от 1 16 126 до 232 252 тенге (57%).

Таблица 8 – Социально-демографическая характеристика пациентов (n=162)

Показатель	n (%)
1	2
Возраст (лет)	
< 50	39 (24)
50-59	76 (47)
≥60	47 (29)
mean ±SD	54.41 ±8.1
Семейное положение	
Замужем	84 (52)
Разведена	43 (27)
Не замужем	10 (6)
Вдова	21 (13)
Гражданский брак	4 (2)

Продолжение таблицы 8

1	2
Социальный статус	
Работает либо Самозанята	82 (51)
Не работает	30 (18)
Пенсионерка	50 (31)
Наличие детей	
Нет	14 (9)
Да	148 (91)
Образование	
Среднее образование	23 (14)
Средне-специальное образование либо незаконченное высшее	59 (36)
Высшее образование и наличие степени	80 (50)
Место жительства	
Село	19 (12)
Города спутники	56 (34)
Город	87 (54)
Уровень месячного дохода (kzt)	
менее 116 126	24 (15)
116 126 – 232 252	92 (57)
232 252 – 348 378	32 (20)
348 378 и выше	14 (8)

Инструменты оценки:

В момент включения в исследование, с пациентом была проведена беседа, во время которой заполнялся Опросник 1 для оценки социально-демографических и клинических факторов риска развития тревожности и депрессии;

В анкете было два раздела. В первый раздел вошли индивидуальные социально-демографические переменные, такие как возраст, место жительства, семейное положение, количество детей, социально-экономический статус, уровень образования, уровень доходов и социальная поддержка. Для ранжирования уровней доходов был использован показатель номинального среднего дохода на душу населения в Казахстане в 2020 году (116 126 тенге). Вопросы, касающиеся социальной поддержки и надежности социальной поддержки, были закрытыми вопросами (Да/Нет). Второй раздел включал переменные, связанные с клиническим диагнозом, гистопатологическим диагнозом, а также стадией рака молочной железы. Вопрос о лечении не был включен для диагностированных пациентов.

ШТБ представляет собой самостоятельный опросник из 21 пункта, который измеряет тяжесть симптомов тревожности у взрослых. В каждом пункте есть список из четырех утверждений, расположенных в порядке возрастания серьезности, о конкретном симптоме тревожности. Эти элементы оцениваются от «0» (симптом отсутствует) до «3» (симптом присутствует всегда). Общий балл ШТБ рассчитывается как сумма всех пунктов. Показатель ШТБ от 0 до 7

представляет собой минимальный диапазон, от 8 до 15 – легкий, от 16 до 25 – умеренный, а от 26 до 63 – тяжелый диапазон симптомов тревожности.

ШДБ представляет собой самостоятельный опрос из 21 пункта, в котором есть список из четырех утверждений, расположенных в порядке возрастания серьезности, о конкретном симптоме депрессии или характерном отношении. Каждый из 21 пункта оценивается по четырех балльной шкале от «0» (симптом минимальный) до «3» (симптом тяжелый). Общий балл ШДБ рассчитывается как сумма всех пунктов в виде единого балла. Оценка ШДБ от 0 до 13 считается минимальным диапазоном, 14-19 – легким, 20–28 – умеренным, а 29-63 – тяжелым диапазоном симптомов депрессии.

Результаты валидации инструментов исследования (ШТБ и ШДБ) представлены выше.

Основные конечные точки:

1. Распространенность симптомов тревожности среди пациентов с раком молочной железы, оцененных с применением ШТБ при включении в исследование.

2. Распространенность симптомов депрессии среди пациентов с раком молочной железы, оцененных с применением ШДБ при включении в исследование.

Вторичные конечные точки:

1. Связь между социально-демографическими/клиническими факторами риска и распространенностью тревожности при включении в исследование.

2. Связь между социально-демографическими/клиническими факторами риска и распространенностью депрессии при включении в исследование.

Статистический анализ

В этом исследовании для анализа данных использовалось статистическое программное обеспечение IBM SPSS для Windows (версия 21.0, SPSS INC., Чикаго, Иллинойс, США). Описательная статистика была рассчитана для представления социально-демографических и клинических характеристик выборки (независимые переменные). Для непрерывных данных среднее значение и стандартное отклонение; для категориальных данных были представлены частота и процент. Тревожность и депрессия считались результатом (зависимые переменные). Для тревожности и депрессии были рассчитаны проценты каждой степени (минимальной, легкой, умеренной и тяжелой). Чтобы проанализировать взаимосвязь между независимыми переменными и интересующим исходом, мы рассчитали отношение шансов (OR) с доверительным интервалом 95%. Для выявления значимых факторов, связанных с тревожностью или депрессией у впервые диагностированных пациентов с РМЖ, был проведен множественный регрессионный анализ. Тест соответствия модели Хосмера-Лемешова использовался для проверки соответствия модели. Все тесты были двусторонними с уровнем значимости 0.05.

Этап 4.2. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с раком молочной железы в течении 6 месяцев, после постановки диагноза

Выборка

Этот анализ является продолжением экспериментального исследования, описанного выше. Выборка состояла из 214 случайно выбранных пациенток с впервые выявленным раком молочной железы, соответствующих критериям включения. После первичного включения в исследования, пациенты были случайно (рандомно) разделены на две группы, одной группе была предложена дополнительная психосоциальная поддержка в виде групповых занятий на базе Института Психологической и Социальной Поддержки, Алматы. Участие в данных дополнительных групповых занятиях было добровольным. Групповые занятия включали в себя психотерапевтический тренинг по методу самосовладания, продолжительностью от 6 до 12 недель, и проведения мотивационного интервью пациентов для увеличения их физической активности. Через шесть месяцев после первичного включения в исследование участникам были повторно высланы три опросника: опросник с социо-демографическими данными, ШТБ и ШДБ. Критерии включения: взрослые женщины с гистологически подтвержденным диагнозом рака молочной железы в течение шести месяцев; рак молочной железы I–IV стадии по классификации злокачественных опухолей TNM; знание русского или казахского языка; возможность дать информированное согласие. Критерии исключения: текущее психотическое расстройство, маниакальный эпизод, серьезное неврологическое расстройство, умственная отсталость или нарушение развития; текущие активные суицидальные мысли; направление на паллиативную помощь. Из 214 пациентов, к которым обратились, 162 согласились на участие и соответствовали критериям включения/исключения (коэффициент ответов = 75.7%). На повторные высланные опросники из 162 пациентов ответили 103. Всем участникам было повторно дано полное объяснение цели и объема исследования, и они подписали форму информированного согласия. Исследование проводилось в соответствии с принципами конфиденциальности, анонимности и информированного согласия в соответствии с Хельсинкской декларацией и ее редакциями.

Основные конечные точки:

1. Распространенность симптомов тревожности среди пациентов с раком молочной железы, оцененных с применением ШТБ через 6 месяцев после включения в исследование.
2. Распространенность симптомов депрессии среди пациентов с раком молочной железы, оцененных с применением ШДБ через 6 месяцев после включения в исследование.

Вторичные конечные точки:

1. Связь между социально-демографическими/клиническими факторами риска и распространенностью тревожности через 6 месяцев после включения в исследование.

2. Связь между социально-демографическими/клиническими факторами риска и распространенностью депрессии через 6 месяцев после включения в исследование.

Инструменты исследования

Данные были собраны путем использования трех опросников: опросник с социо-демографическими данными – Опросник 1, ШТБ и ШДБ.

Опросник 1 состоял из двух разделов. В первый раздел вошли индивидуальные социально-демографические переменные, такие как возраст, место жительства, семейное положение, количество детей, социальный статус, уровень образования, уровень дохода, социальная поддержка, надежность социальной поддержки. Мы использовали номинальный средний доход на душу населения в 2020 году (116 126 тенге) для ранжирования уровня доходов. Доступность социальной поддержки и надежность социальной поддержки были биполярными вопросами. Второй раздел включал клинические переменные, такие как клинический диагноз, гистопатологический диагноз и стадия рака молочной железы.

ШТБ представляет собой самостоятельный опросник из 21 пункта, который измеряет тяжесть симптомов тревожности у взрослых. В каждом пункте есть список из четырех утверждений, расположенных в порядке возрастания серьезности, о конкретном симптоме тревожности. Эти элементы оцениваются от «0» (симптом отсутствует) до «3» (симптом присутствует всегда). Общий балл ШТБ рассчитывается как сумма всех пунктов. Показатель ШТБ от 0 до 7 представляет собой минимальный диапазон, от 8 до 15 – легкий, от 16 до 25 – умеренный, а от 26 до 63 – тяжелый диапазон симптомов тревожности.

ШДБ представляет собой самостоятельный опросник из 21 пункта, в котором есть список из четырех утверждений, расположенных в порядке возрастания серьезности, о конкретном симптоме депрессии или характерном отношении к нему. Каждый из 21 пункта оценивается по четырех балльной шкале от «0» (симптом минимальный) до «3» (симптом тяжелый). Общий балл ШДБ рассчитывается как сумма всех пунктов в виде единого балла. Оценка ШДБ от 0 до 13 считается минимальным диапазоном, 14-19 – легким, 20-28 – умеренным, а 29-63 – тяжелым диапазоном симптомов депрессии.

Результаты валидации инструментов исследования (ШТБ и ШДБ) представлены выше.

Статистический анализ

Чтобы представить социально-демографические и клинические характеристики пациентов с раком молочной железы (независимые переменные), мы рассчитали среднее значение и стандартное отклонение для непрерывных данных и частоту в процентах для категориальных данных. Возникновение депрессии и тревожности использовались как исход (зависимые переменные). Мы использовали однофакторный логистический регрессионный анализ для исследования связи между потенциальными прогностическими детерминантами и исходом и рассчитали отношение шансов с доверительным интервалом 95%. Те прогностические детерминанты, которые были однозначно

связаны с депрессией, были включены в модель многомерной логистической регрессии и использовались в качестве меры ассоциации. Подгонка многомерной модели была проверена с помощью теста согласия Хосмера-Лемешова. Все p -значения были двусторонними, и статистическая значимость принималась при p -значении менее 0.05. Анализ данных был выполнен с использованием статистического программного обеспечения IBM SPSS для Windows (версия 21.0, SPSS INC., Чикаго, Иллинойс, США).

Этап 5. Проведение опроса среди психологов по стране

Выборка

Для участия в исследовании случайным образом были приглашены психологи, работающие в различных городах и регионах страны.

Описание выборки

В исследовании приняли участие 38 психологов, из них 82% были женского пола, 18% мужского пола. 28 (75.6%) психологов ответили, что работают в поликлинике, 7 (18.9%) в стационаре, и 2 (5.4%) работают в частной практике. В нашем исследовании приняли участие психологи с Алматы 6 (15.8%), Шымкента 1 (2.6%), Атырауской 3 (7.9%), Актюбинской 1 (2.6%), Восточно-Казахстанской 2 (5.2%), Жамбылской 7 (18.9%), Западно-Казахстанской 11 (28.9%), Карагандинской 5 (13.1%), и Павлодарской 2 (5.2%) областей.

Этап 6. Выбор наиболее оптимального подхода к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов

Методика экспертных оценок состояла из четырех этапов:

Разработка опросника исследования.

Выбор и приглашение экспертов для формирования экспертной группы.

Проведение полу-структурированного интервью, с применением разработанного опросника.

Обработка результатов экспертизы.

Анализ полученных результатов.

Разработка опросника исследования

Для проведения экспертной оценки был разработан опросник, состоящий из двух разделов. В первом разделе эксперты заполняли данные о себе: Фамилия Имя Отчество, возраст (при желании), место работы, должность, уровень образования, опыт работы в данной сфере.

Во втором разделе опросника были вопросы, на которые эксперты давали наиболее раскрытый ответ:

Данные были проанализированы тематически. Каждый вопрос был проанализирован в отдельности. Были синтезированы ответы на четыре основных целей исследования:

Выбор оптимального подхода к диагностике тревожности среди пациентов с раком молочной железы.

Выбор оптимального подхода к диагностике депрессии среди пациентов с раком молочной железы.

Выбор оптимального подхода к терапии тревожности среди пациентов с раком молочной железы.

Выбор оптимального подхода к терапии депрессии среди пациентов с раком молочной железы.

Выбор и приглашение экспертов для формирования экспертной группы

Согласно рекомендациям Венцеля и соавторов, количество экспертов, для формирования экспертной группы может варьировать от 5 до 15 человек. В нашем исследовании приняли участие 8 (восемь) экспертов: психологи амбулаторного звена, психологи стационаров, заведующие отделением психосоциальной помощи в поликлинике, заведующие отделением психосоциальной помощи в стационаре, преподаватель кафедры коммуникативных навыков.

Проведение полу-структурированного интервью, с применением разработанного опросника

Были проведены полу-структурированные качественные интервью с основными должностными лицами, которые определяют либо применяют основные методы диагностики и лечения пациентов с тревожностью и / или депрессией с раком молочной железы. Основные участники данного исследования: практические психологи поликлиник, практические психологи онкологических стационаров, заведующие отделением психосоциальной поддержки пациентов в онко-стационаре, преподаватели кафедры коммуникативных навыков.

Обработка результатов экспертизы

Степень согласованности мнений экспертов оценивалась с помощью коэффициента конкордации. Значение коэффициента конкордации может варьировать от 0 до 1, где при полной согласованности коэффициент конкордации равен 1, а при полной несогласованности равен 0.

Анализ полученных результатов

Анализ полученных данных проводился в программе «Microsoft Excel».

3 ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Результаты систематического обзора и мета-анализа распространенности тревожности среди пациентов с раком молочной железы

Первоначальный поиск в PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Google Scholar и Open Grey дал 2 814 статей. После устранения дубликатов, нерелевантных статей, систематических обзоров, писем в редакцию 94 исследования были проверены на соответствие критериям приемлемости, и 13 исследований соответствовали критериям. Поиск ссылок включал 421 ссылку, перечисленную во включенных статьях, из которых три статьи соответствовали критериям включения. Вторичный справочный поиск включал 112 статей, но дополнительные исследования не были выбраны (рисунок 10).

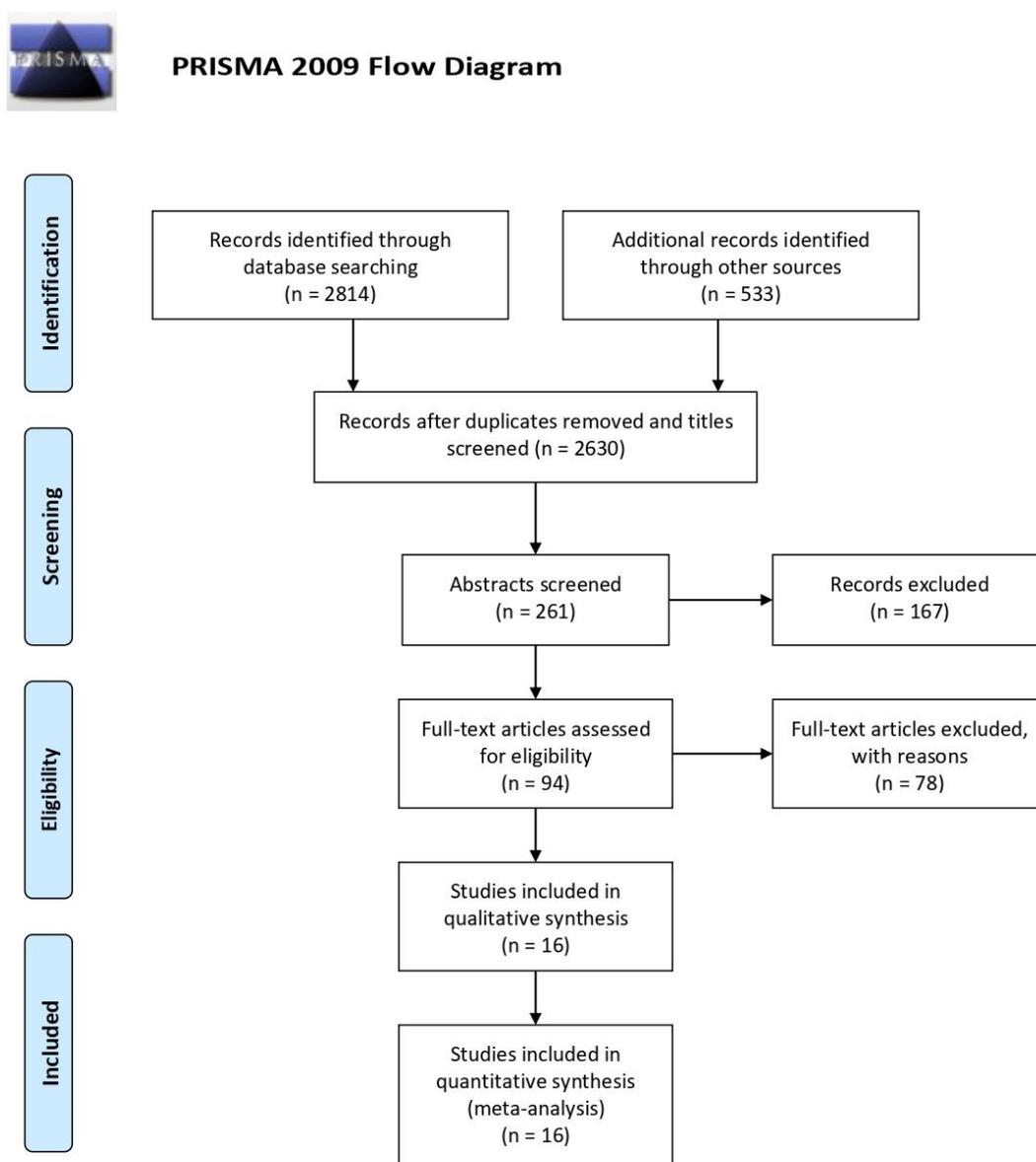


Рисунок 10 – Блок-схема выбора исследования PRISMA

Характеристики включенных исследований

Доля или количество пациентов с тревожностью сообщалась в шестнадцати исследованиях с использованием трех различных диагностических методов, таких как структурированное интервью, шкала тревожности Бека (ШТБ) и госпитальная шкала тревожности и депрессии (HADS). HADS был наиболее часто используемым опросником тревожности, так как он использовался в девяти исследованиях. Исследования были проведены в восьми странах, семь исследований – в Соединенном Королевстве (Великобритания) и три – в Японии. Во всех включенных статьях метод выборки был последовательным. В двенадцати исследованиях использовался поперечный дизайн, в двух исследованиях использовался когортный дизайн, в одном исследовании использовался описательный дизайн и в одном исследовании использовался проспективный дизайн. Размер выборки варьировался от 22 до 211 участников, при среднем размере выборки 80 участников. Все включенные статьи имели низкий риск систематической ошибки и получили три балла или ниже по шкале Хоя.

1 373 пациента соответствовали критериям и подходили, и 1 284 (93.5%) пациента согласились участвовать в исследованиях распространенности. Средний возраст участников составил 55.3 лет (диапазон: 47-65 лет). Всего критериям тревожности соответствовал 371 пациент. Наименьшая распространенность тревожности 12% по результатам структурированного интервью отмечена среди 25 больных рецидивирующим раком молочной железы в Египте [83, р. 36-43]. Самая высокая распространенность тревожности 66% была зарегистрирована среди 44 пациентов с метастатическим раком молочной железы в Великобритании [123]. В исследовании El Missiry et al. о распространенности тревожности оценивалась по данным структурированного интервью (DSM-IV) и результатам оценки по шкале ШТБ, в настоящий подсчет и метаданные было включено только число пациентов с тревожностью по результатам структурированного интервью [83, р. 36-43]. Анализ пациентов с тревожностью представлен в таблице 9.

Таблица 9 – Демографическая характеристика включенных исследований в мета-анализ распространенности тревожности среди пациентов с распространенным РМЖ

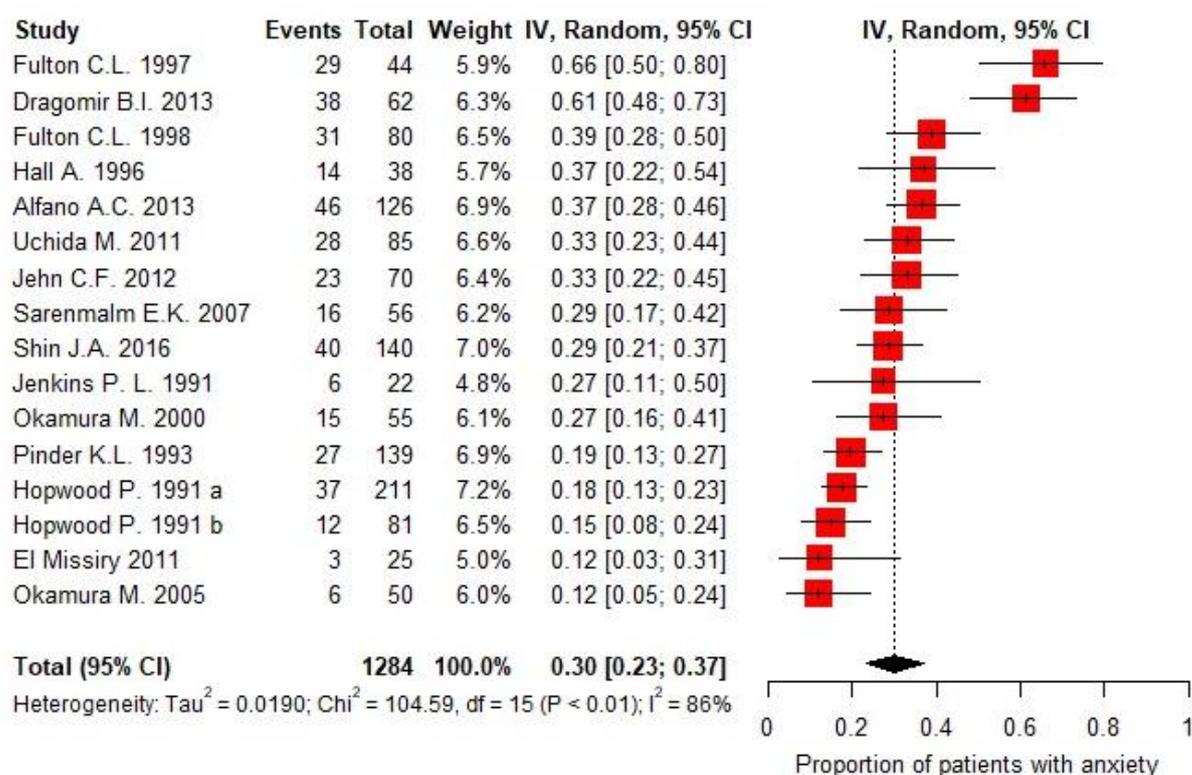
Первый автор	Год	Страна	Уровень дохода	ВОЗ регион	Noy score	Дизайн	Выборка	Кол. уч	Пац. с трев., n (%)	Шкала	Возр. сред (СО)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alfano A.C.	2013	Бразилия	выше среднего	Америка	3	поперечное	последовательная	126	46 (36.5)	HADS	51.4 (10,9)
Dragomir B.I.	2013	Румыния	выше среднего	Европа	3	поперечное	последовательная	62	38 (61.3)	BAI	54.4
El Missiry	2011	Египет	ниже среднего	ВС	3	поперечное	последовательная	25	15 (60)	интервью	47 (9.6)
Fulton C.L.	1997	ВБ	высокий	Европа	3	поперечное	последовательная	44	29 (66)	HADS	49.2
Fulton C.L.	1998	ВБ	высокий	Европа	3	когортное	последовательная	80	31 (39)	HADS	53.75
Hall A.	1996	ВБ	высокий	Европа	3	когортное	convenience	38	14 (36.8)	интервью	
Hopwood P. a	1991	ВБ	высокий	Европа	3	поперечное	последовательная	211	37 (18.0)	HADS	
Hopwood P. b	1991	ВБ	высокий	Европа	3	поперечное	последовательная	81	12 (14.8)	интервью	
Jehn C.F.	2012	Германия	высокий	Европа	3	поперечное	последовательная	70	23 (32.9)	HADS	59.9
Jenkins P. L.	1991	ВБ	высокий	Европа	3	проспективное	последовательная	22	6 (27.3)	интервью	54.1
Okamura M.	2005	Япония	высокий	ЗТР	3	поперечное	последовательная	50	6 (12)	интервью	53
Okamura M.	2000	Япония	высокий	ЗТР	3	поперечное	последовательная	55	15 (27.3)	интервью	52

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pinder K.L.	1993	ВБ	высокий	Европа	3	поперечное	последовательная	139	27 (19.4)	HADS	60.5
Sarenmalm E.K.	2007	Швеция	высокий	Европа	3	описательное	последовательная	56	16 (29)	HADS	65
Shin J.A.	2016	США	высокий	Америка	3	поперечное	последовательная	140	40 (28.6)	HADS	60.7 (12.08)
Uchida M.	2011	Япония	высокий	ЗТР	2	поперечное	randomly selected	85	28 (32.9)	HADS	58,6
<p>Примечания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BAI – Beck Anxiety Inventory. 2. HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale. 3. ВБ - Великобритания 4. ВС – Восточное Средиземноморье 5. ЗТР – Западно-Тихоокеанский Регион 6. СО – Стандартное отклонение 7. Составлено по источникам [7, p. 197-202; 75, p. 149-154; 83, p 36-43; 124-135] 											

Совокупное среднее значение распространенности тревожности

На основе модели случайных эффектов объединенная средняя распространенность тревожности составила 29.9% (95% ДИ [23.2; 37.1]; $I^2 = 86\%$). Тест на неоднородность предполагает высокую неоднородность распространенности тревожности: $Q (df=15)=104.59, p\text{-val}<0.0001$ (рисунок 11).



CI – confidence interval; I^2 – percentage of variability in the effect sizes which is not caused by sampling error; Tau^2 – between-study variance in the meta-analysis; Chi^2 (Q -statistic) – difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate of the effect size

Рисунок 11 – Распространенность тревожности на основе модели случайных эффектов среди пациентов с распространенным раком молочной железы (указана пропорция пациентов с 95% ДИ)

Согласно анализу, который идентифицирует наиболее влиятельные исследования, Стьюдентизированные остатки, превышающие «2», были выявлены в двух исследованиях с самой высокой распространенностью тревожности более 60%. Когда эти исследования были удалены, объединенная средняя распространенность тревожности, основанная на модели случайных эффектов, была ниже и составила 25.7% (95% ДИ [20.9; 30.8]).

Оценка риска систематической ошибки в исследованиях

На воронкообразной диаграмме со стандартной ошибкой по оси ординат и долей пациентов с тревогой по оси абсцисс два исследования, которые мы ранее определили как наиболее влиятельные, оказались дальше от объединенной средней линии распространенности. Несколько исследований были расположены за пределами предельных линий 95% ДИ, что свидетельствует о

высокой гетерогенности включенных исследований. Визуально мы не обнаружили явных признаков асимметрии графика воронки. Чтобы проверить, может ли метод построения воронкообразного графика вызвать асимметрию, мы отложили размер выборки включенных исследований по оси ординат и долю пациентов с тревожностью по оси абсцисс. Вторым графиком также не имел явных признаков асимметрии. Невзвешенные регрессионные тесты Эггера для обоих графиков не были статистически значимыми и дали $z = 0.3$, $p = 0.8$ для первого графика и $z = -0.9$, $p = 0.3$ для второго графика. Наши результаты показывают, что риск предвзятости публикации во включенных исследованиях был низким.

Обнаружение метарегрессии

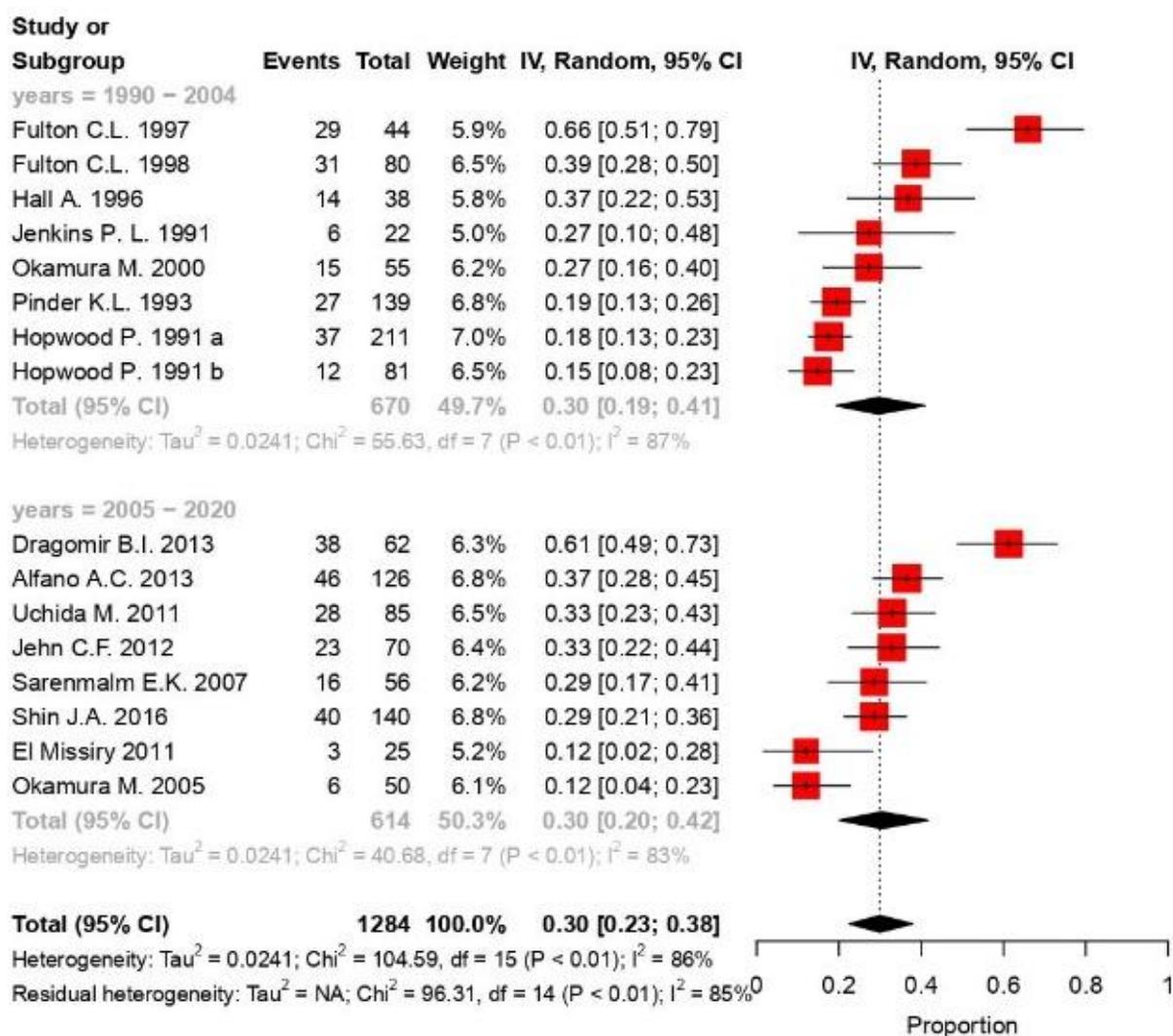
Согласно результатам мета-регрессии, год публикации, средний возраст участников, семейное положение, страдающих депрессией и размер выборки не учитывали в значительной степени гетерогенность в размерах эффекта между исследованиями (таблица 10).

Таблица 10 – Результаты модели мета-регрессии по изучению распространенности тревожности среди пациентов с распространенным раком молочной железы

Мета-регрессии	Коэффициент	Оценка	Стандартная ошибка	z-value	p-value
Год издания (год)	0.84	0.004	0.005	0.92	0.36
Средний возраст (лет)	0.27	-0.005	0.01	-0.52	0.61
Замужние пациенты (%)	0.37	0.004	0.006	0.60	0.55
Пациенты с депрессией (%)	3.02	0.005	0.003	1.74	0.08
Размер выборки (n)	0.93	-0.0008	0.0008	-0.96	0.34

Анализ подгрупп исследований, в которых сообщалось о количестве пациентов с тревожностью

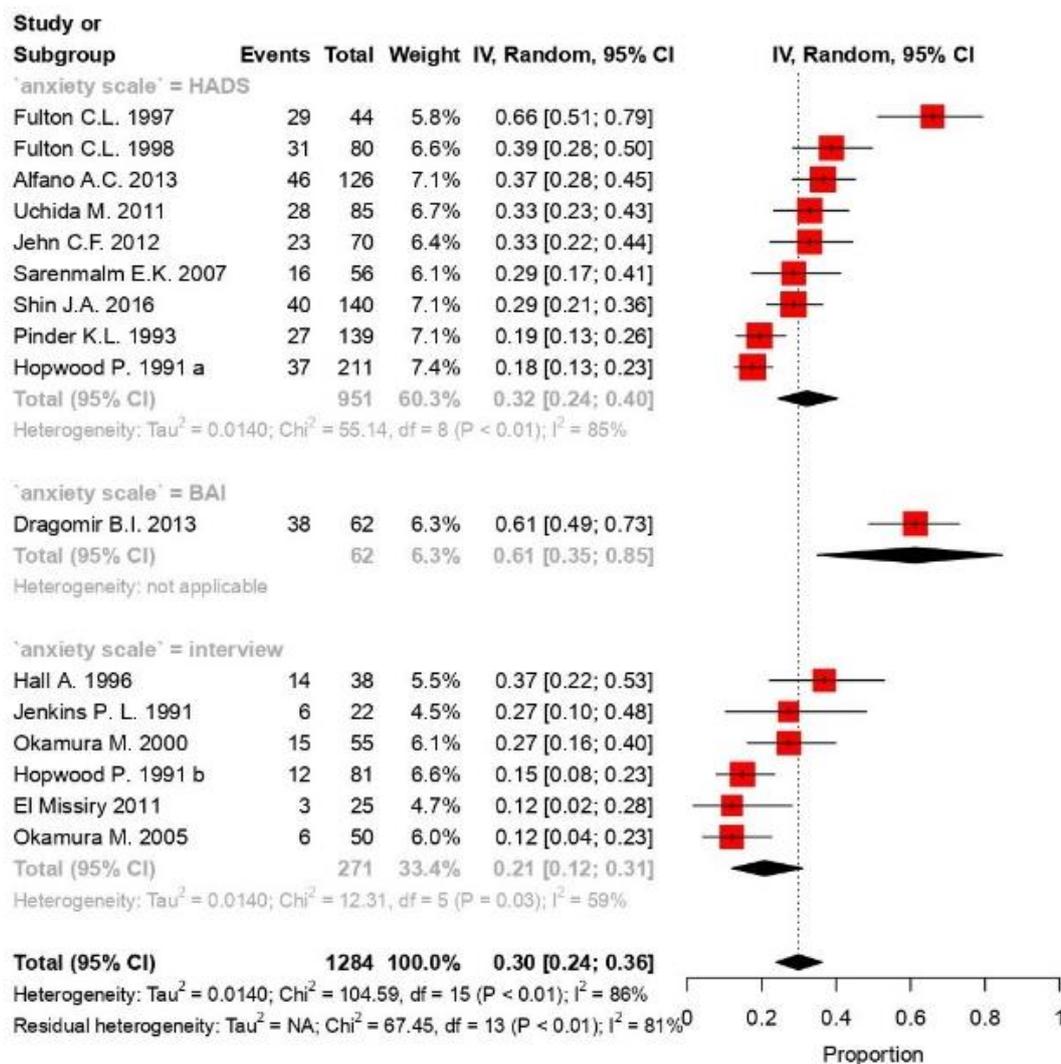
Анализ подгрупп по годам проведения исследований показал, что суммарная распространенность тревожности за последние пятнадцать лет была почти такой же, как и за предыдущие пятнадцать лет, и составила 30.3% (95% ДИ [20.1; 41.7], $I^2=83$). %, $p<0.01$) и 29.6% (95% ДИ [19.3; 40.9], $I^2=87$ %, $p<0.01$) соответственно (рисунок 12). Критерий различий между подгруппами не был статистически значимым, $p=0.92$.



Chi² (*Q*-statistic) – difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate of the effect size; CI – confidence interval; I² – percentage of variability in the effect sizes which is not caused by sampling error; Tau² – between-study variance in the meta-analysis

Рисунок 12 – Подгрупповой анализ распространенности тревожности на основе модели случайных эффектов среди больных распространенным раком молочной железы по годам проведения исследований (указана пропорция пациентов с 95% ДИ)

Анализ подгрупп, основанный на методе оценки тревожности, показал, что объединенная распространенность тревожности среди пациенток с распространенным раком молочной железы была выше, когда сообщалось по результатам HADS, и составляла 32.1% (95% ДИ [24.4; 40.4], I²=85%, p<0.01) (k=9) по сравнению с суммарной распространенностью тревожности по результатам интервью на уровне 20.7% (95% ДИ [11.9; 31.0], I²=59%, p<0.03) (k=6) (рисунок 13). Критерий различий между подгруппами был статистически значимым, p=0.01.



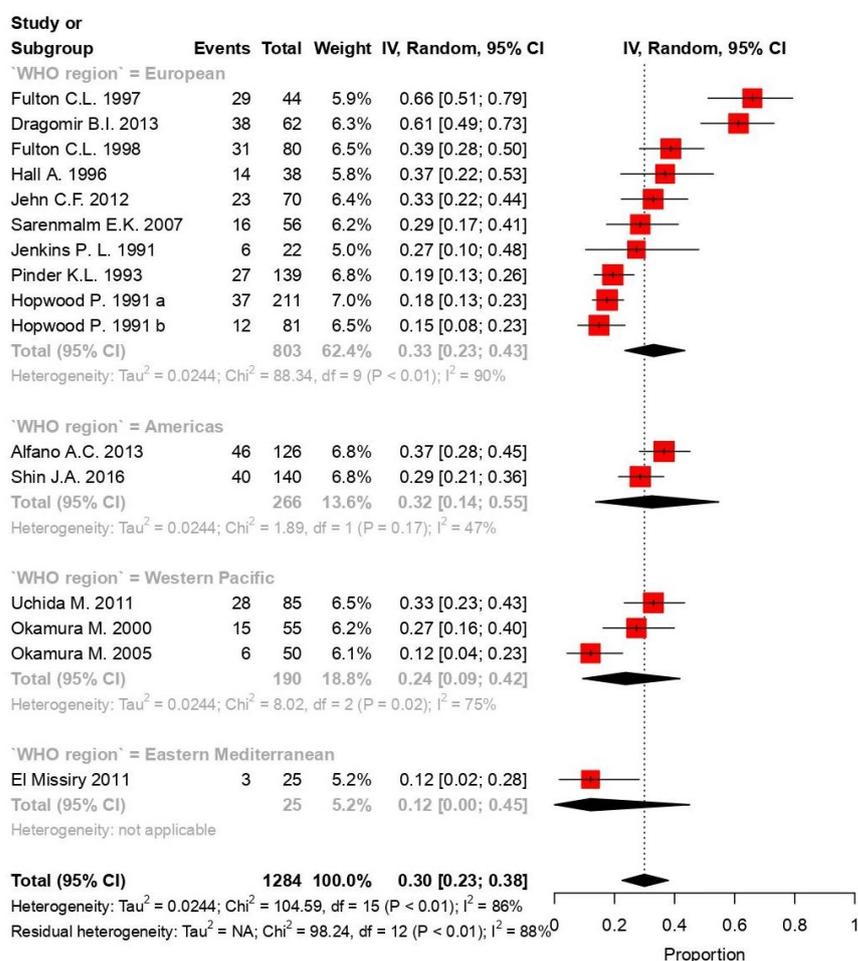
BAI – Beck Anxiety Inventory; Chi² (*Q*-statistic) – difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate of the effect size; CI – confidence interval; HADS – Hospital Anxiety and Depression scale; I² – percentage of variability in the effect sizes which is not caused by sampling error; Tau² – between-study variance in the meta-analysis

Рисунок 13 – Подгрупповой анализ распространенности тревожности на основе модели случайных эффектов среди больных распространенным раком молочной железы методом оценки тревожности (указана пропорция пациентов с 95% ДИ)

Анализ подгрупп, основанный на типе рака, показал, что комбинированная распространенность тревожности была выше в исследованиях, которые были сосредоточены только на пациентах с метастатическим раком молочной железы, и ниже в исследованиях с рецидивирующим (местным, регионарным или отдаленным) пациентками с раком молочной железы на 35,51% (95% ДИ [25.2; 46.5], I²=92%, p<0.01) и 23.5% (95% ДИ [12.6; 36.3], I²=54%, p=0.06). Совокупная распространенность тревожности в смешанных исследованиях, посвященных пациентам с рецидивирующим и метастатическим раком молочной железы, была ближе к объединенной средней распространенности тревожности на уровне

25.7% (95% ДИ [9.3; 46.7]; $I^2 = 80\%$, $p = 0.02$). Критерий различий между подгруппами не был статистически значимым, $p=0.33$.

Анализ подгрупп, основанный на данных регионов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), показал, что совокупная распространенность тревожности была выше в Европейском и Американском регионах и составила 33.1% (95% ДИ [23.5; 43.4], $I^2=90\%$, $p<0.01$) и 32.5% (95% ДИ [13.7; 54.7], $I^2=47\%$, $p=0.17$) соответственно. Самая низкая распространенность тревожности была выявлена в регионе Восточного Средиземноморья — 12% (95% ДИ [0; 45.0]). К сожалению, у нас было только одно исследование из региона Восточного Средиземноморья (рисунок 14). Критерий различий между подгруппами не был статистически значимым, $p=0.53$.



Chi^2 (Q -statistic) – difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate of the effect size; CI – confidence interval; I^2 – percentage of variability in the effect sizes which is not caused by sampling error; Tau^2 – between-study variance in the meta-analysis; WHO – World Health Organization

Рисунок 14 – Анализ распространенности тревожности в подгруппах на основе модели случайных эффектов среди больных распространенным раком молочной железы по регионам ВОЗ (указана пропорция пациентов с 95% ДИ)

Анализ подгрупп, основанный на уровне дохода страны, где проводилось исследование, показал, что объединенная распространенность тревожности в странах с доходом выше среднего была самой высокой и составляла 48.2% (95% ДИ [28.7; 68.0]; I²=90%; p<0.01). Критерий различий между подгруппами не был статистически значимым, p=0.08.

Результаты данного систематического обзора опубликованы [58, p. 80-92].

3.2 Результаты систематического обзора и мета-анализа распространенности депрессии среди пациентов с раком молочной железы

Обширный поиск в базах данных PubMed, Web of Science, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, American Doctoral Dissertations и Open Grey выявил 1602 статьи без дубликатов. 76 статей были проверены на соответствие критериям, и одиннадцать исследований соответствовали критериям. Первоначальный поиск ссылок включал 509 ссылок на эти одиннадцать статей, из которых ни одна дополнительная статья не соответствовала критериям включения (рисунок 15).

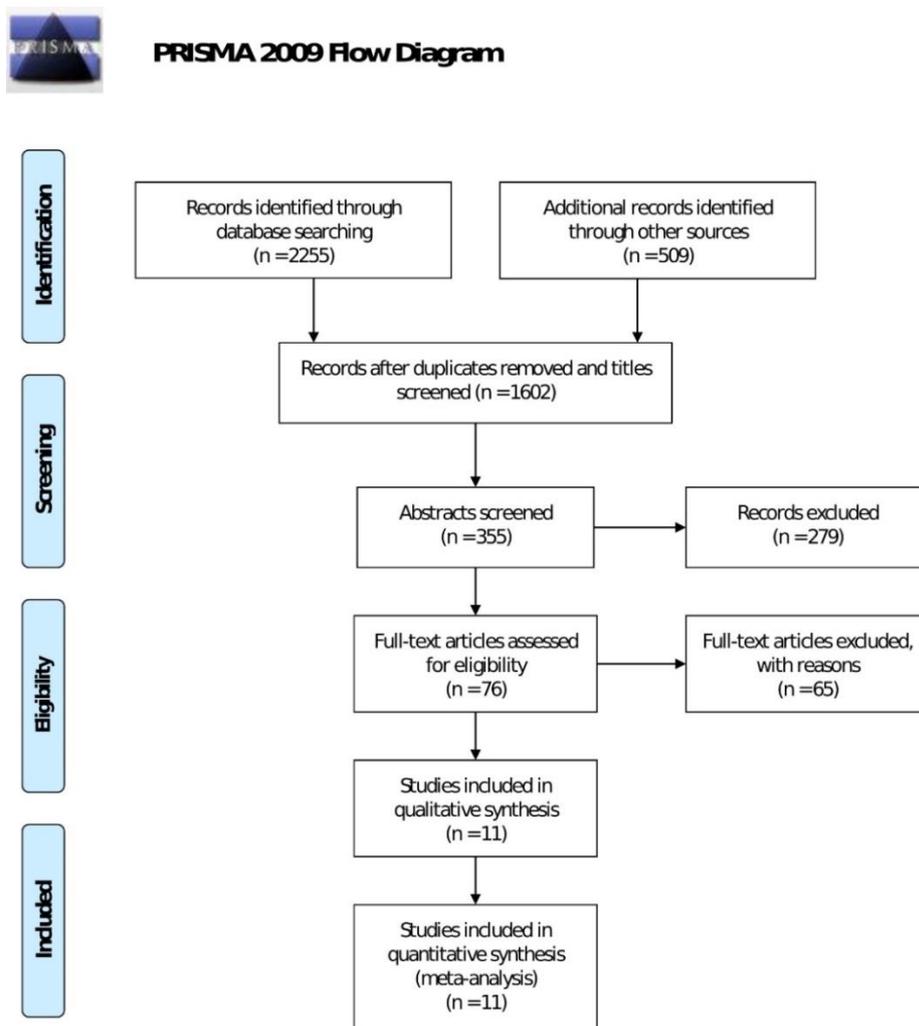


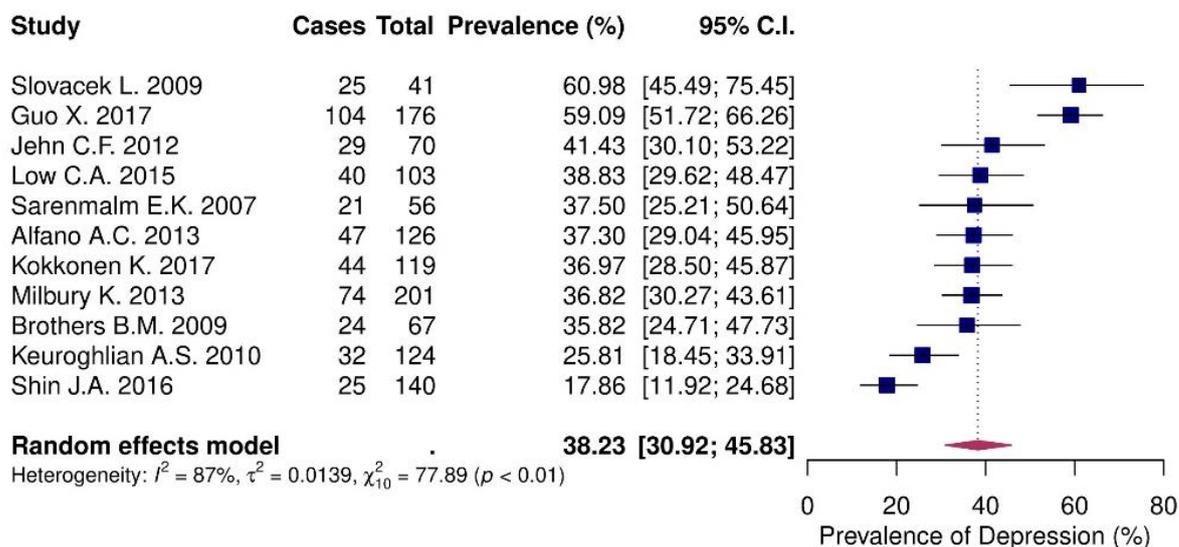
Рисунок 15 – Блок-схема отбора исследований PRISMA
Характеристика включенных исследований

Доля или количество пациентов с симптомами депрессии были сообщены в одиннадцати исследованиях, которые проводились в семи странах с использованием четырех различных диагностических методов, таких как ШДБ, шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D), шкала больничной тревожности и депрессии (HADS) и Шкала самооценки депрессии Цунга (SDS). Размер выборки варьировался от 41 до 201 участника, при этом средний размер выборки составлял 111 человек. Средний возраст участников составил 56.8 года (диапазон: 51-65 лет). Большинство исследований имели перекрестный дизайн и метод последовательной выборки. Все включенные исследования имели низкий риск систематической ошибки и получили три балла или ниже по шкале QAC.

1 403 пациента соответствовали критериям и подходили, и 1 223 (87.2%) пациента согласились участвовать в одиннадцати исследованиях распространенности. Всего симптомы клинически значимой депрессии были диагностированы у 465 из 1223 пациентов (таблица 11).

Объединенное среднее значение распространенности симптомов легкой, умеренной и тяжелой депрессии

На основе модели случайных эффектов объединенная средняя распространенность симптомов легкой, умеренной и тяжелой депрессии составила 38.2% (95% ДИ [30.9; 45.8]). Тест на неоднородность предполагает наличие высокой неоднородности: $I^2 = 87\%$; $Q (df = 10) = 77.9$, $p\text{-val} < 0.01$ (рисунок 16).



C.I. – confidence interval; I^2 – percentage of variability in the effect sizes which is not caused by sampling error; τ^2 – between-study variance in the meta-analysis; χ^2 , (Q -statistic) – difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate of the effect size

Рисунок 16 – Распространенность симптомов депрессии в процентах на основе модели случайных эффектов среди пациентов с распространенным раком молочной железы

Таблица 11 – Демографическая характеристика включенных исследований в мета-анализ распространенности депрессии среди пациентов с распространенным РМЖ

Первый автор	Год	Страна	Доход	Ноу score	Дизайн	Выборка	Размер	Депрессия n (%)	Шкала депрессии	Возраст (СО)
Alfano A.C.	2013	Бразилия	выше среднего	3	поперечное	последовательная	126	47 (37.3)	HADS (8)	51.4 (10.9)
Brothers V.M.	2009	США	высокий		когортное	последовательная	67	24 (35.8)	CES-D (16)	54 (11)
Guo X.	2017	Китай	выше среднего	3	когортное	последовательная	176	104 (59.1)	SDS (50)	
Jehn C.F.	2012	Германия	высокий	3	поперечное	последовательная	70	29 (41.4)	HADS (8)	59.9 (10.2)
Keuroghlian A.S.	2010	США	высокий	3	поперечное	последовательная	124	32 (25.8)	CES-D (16)	53.1 (10.6)
Kokkonen K.	2017	Финляндия	высокий	3	поперечное	последовательная	119	44 (37.0)	BDI (5)	
Low C.A.	2015	США	высокий	4	когортное	последовательная	103	40 (38.8)	CES-D (16)	57.2 (10.84)
Milbury K.	2013	США	высокий	3	поперечное	последовательная	201	74 (36.8)	CES-D (16)	52.2(10.5)
Sarenmalm E.K.	2007	Швеция	высокий	3	поперечное	последовательная	56	21 (37.5)	HADS (8)	65
Shin J.A.	2016	США	высокий		поперечное	последовательная	140	25 (17.9)	HADS (7)	60.71 (12.8)
Slovacek L.	2009	Чехия	высокий	3	поперечное	последовательная	41	25 (61)	SDS (50)	58

Примечания:

1. BDI – Beck Depression Inventory.
2. CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.
3. HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale.
4. n – number.
5. SDS – Zung Self-Rating Scale for Depression.
6. СО – стандартное отклонение.
7. США – Соединенные Штаты Америки.
8. Составлено по источникам [124, p. 13030-1312; 129, 789-793; 133, p. 24-28; 134, p7 863-868; 136-142]

Согласно анализу, в ходе которого были выявлены наиболее влиятельные исследования, Стьюдентизированные остатки, превышающие «2», были выявлены в двух исследованиях, в одном из которых была самая низкая распространенность симптомов депрессии – 17.9%, а в другом – высокая распространенность симптомов депрессии – 59% среди 176 пациентов с раком молочной железы. Когда эти исследования были удалены, объединенная средняя распространенность симптомов депрессии, основанная на модели случайных эффектов, была немного ниже и составила 37.7% (95% ДИ [32.9; 42.5]).

Оценка риска систематической ошибки в исследованиях

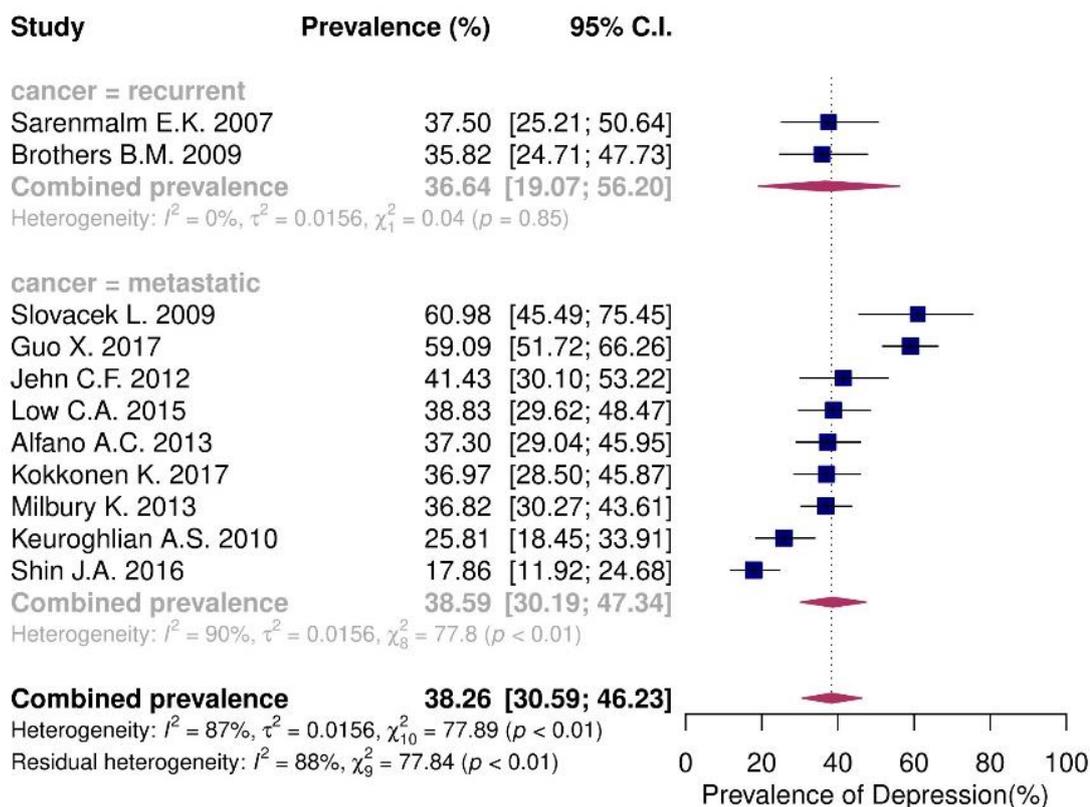
На первом воронкообразном графике четыре исследования располагались за пределами предельных линий 95% ДИ, что свидетельствует о высокой гетерогенности включенных исследований. Визуально мы не обнаружили явных признаков асимметрии графика воронки. Второй график также не имел явных признаков асимметрии. Невзвешенные регрессионные тесты Эггера для обоих графиков не были статистически значимыми и дали $z = 1.01$, $p = 0.31$ и $z = -0.44$, $p = 0.66$ соответственно. Наши результаты показывают, что риск предвзятости публикации во включенных исследованиях был низким.

Анализ подгрупп исследований, в которых сообщалось о количестве пациентов с депрессией

Анализ подгрупп, основанный на типе рака, показал, что комбинированная распространенность симптомов депрессии была почти одинаковой между исследованиями, которые были сосредоточены на пациентах с метастатическим и рецидивирующим раком молочной железы. Совокупная распространенность симптомов депрессии у пациентов с рецидивирующим (местным, регионарным или отдаленным) раком молочной железы составила 36.6% (95% ДИ [19.1; 56.2]; $I^2=0\%$; $Q(df=1)=0.04$; $p=0.85$) и 38.6% (95% ДИ [30.2; 47.3]; $I^2=90\%$; $Q(df=8)=77.8$; $p<0.01$) у пациентов с метастатическим раком молочной железы (рисунок 17).

Анализ подгрупп, основанный на уровне дохода страны, где проводилось исследование, показал, что объединенная распространенность симптомов депрессии в странах с доходом выше среднего была выше, чем в странах с высоким уровнем дохода, на 48.4% (95% ДИ [32.3; 64.6]; $I^2=93\%$; $Q(df=1)=14.0$; $p<0.01$) и 35.8% (95% ДИ [28.2; 43.7]; $I^2=80\%$; $Q(df=8)=39.4$; $p<0.01$) соответственно.

Анализ подгрупп, основанный на методе оценки депрессии, показал, что совокупная распространенность симптомов депрессии среди пациенток с распространенным раком молочной железы была самой высокой при использовании шкалы SDS и составила 59.6% (95% ДИ [51.9; 66.9], $I^2=0\%$; $Q(df=1)=0.04$; $p=0.84$). Для определения наличия симптомов депрессии с помощью опросника HADS использовались разные пороговые значения: в трех исследованиях использовалось значение « ≥ 8 », а в одном исследовании использовалось значение « ≥ 7 ».



C.I. – confidence interval; I^2 – *percentage of variability* in the effect sizes which is not caused by sampling error; τ^2 – between-study variance in the meta-analysis; χ^2 , (Q -statistic) – *difference between the observed effect sizes and the fixed-effect model estimate* of the effect size

Рисунок 17 – Подгрупповой анализ распространенности депрессии на основе модели случайных эффектов среди больных распространенным раком молочной железы по типу рака

Обнаружение метарегрессии

Согласно результатам мета-регрессии, год публикации, средний возраст участников, семейное положение и размер выборки существенно не объясняли неоднородность величины эффекта между исследованиями.

Результаты данного систематического обзора опубликованы [143].

3.3 Результаты исследования клинико-эпидемиологических аспектов распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с диагностированным раком молочной железы

Детальная характеристика выборки

Детальная характеристика выборки представлена в таблице 12. 162 женщины, которые были включены в настоящий анализ, имели средний возраст 54.41 года ($SD = 8.1$; мин.-макс.: 32-75). Большинство пациентов состояли в браке (52%), работали по найму или работали не по найму (51%), имели детей (91%), имели степень бакалавра или высшее образование (50%), являлись городскими жителями (54%), имели ежемесячный доход домохозяйства от 116

126 до 232 252 тенге (57%), не пили (41%), не курили (67%), не занимались физической активностью (54%), и имели социальную поддержку (91%). Большинство пациентов ответили, что не могут полностью положиться на человека или людей, оказывающих социальную поддержку (73%). У 95% участников был односторонний рак молочной железы, у 85% участников была инвазивная карцинома протоков, а у 79% участников был ранний рак молочной железы (стадия I или II).

Таблица 12 – Детальная характеристика выборки (n=162)

Показатель	n (%)
Алкоголь:	
– никогда	67 (41)
– иногда	60 (37)
– несколько раз в месяц	19 (12)
– несколько раз в неделю	16 (10)
Курение:	
– не курит	108 (67)
– электронные сигареты	22 (13)
– сигареты	32 (20)
Физическая активность:	
– никогда	88 (54)
– иногда	51 (32)
– несколько раз в месяц	19 (12)
– несколько раз в неделю	4 (2)
Наличие человека, который может оказать поддержку:	
– да	148 (91)
– нет	14 (9)
Возможность полностью полагаться на человека, который оказывает поддержку:	
– да	43 (27)
– нет	119 (73)
Клинический диагноз:	
– унилатеральный рак молочной железы	154 (95)
– билатеральный рак молочной железы	8 (5)
Гистопатологический диагноз:	
– инвазивная протоковая карцинома	137 (85)
– инвазивная дольковая карцинома	6 (4)
– инвазивный лобулярный проток	8 (5)
– низкодифференцированная аденокарцинома	4 (2)
– не установленный диагноз	7 (4)
Стадия:	
– I или II	128 (79)
– III	23 (14)
– IV	11 (7)

Результаты исследования распространенности симптомов тревожности у женщин, с диагностированным раком молочной железы

Средний общий балл опросника ШТБ составил 22.96 (SD=9.88). По пороговому баллу ШТБ от 16 до 25 у 48.15% пациентов были симптомы умеренной тревожности, а по пороговому баллу ШТБ от 26 до 63 у 33.33% пациентов были симптомы тяжелой тревожности. Общие баллы анкеты ШТБ представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Распространенность симптомов тревожности у пациентов с раком молочной железы (n=162)

Тяжесть симптомов тревожности (Баллы по ШТБ)	n (%)
Минимальная (0 – 7)	12 (7.41)
Умеренная (8 – 15)	18 (11.11)
Средняя (16 – 25)	78 (48.15)
Тяжелая (26 – 63)	54 (33.33)
среднее ± СО	22.96±9.88
Примечания:	
1. СО – стандартное отклонение	
2. ШТБ – Шкала тревожности Бека	

Результаты исследования клинико-эпидемиологических аспектов распространенности симптомов тревожности у женщин, с диагностированным раком молочной железы

Клинико-эпидемиологические особенности распространенности симптомов тревожности

Все собранные независимые характеристики включенных в исследование пациентов были включены в модель логистической регрессии, чтобы проанализировать их связь с симптомами тревожности. Согласно однофакторному анализу, факторами, связанными с умеренными и тяжелыми симптомами тревожности, были возраст, социальный статус, образование, уровень ежемесячного дохода домохозяйства и надежность социальной поддержки.

Возраст пациентов: основную группу, 76 (47%) пациентов в нашем исследовании составляли пациенты в возрасте 50-59 лет. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой тревожности были диагностированы у 64 (84.2%) пациентов. Пациенты моложе 50 лет либо старше 60 лет сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов моложе 50 лет. У пациентов моложе 50 лет, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой тревожности был ниже, чем у пациентов в возрасте 50-59 лет (ОШ -1.09 (95% ДИ (-0.63; -1.55) $p < 0.05$)).

Социальный статус пациентов: 82 (51%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели источник собственного дохода - либо работали, либо были самозаняты. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой тревожности были диагностированы у 61 (74.4%) пациентов. Не работающие пациенты либо пациенты на пенсии сравнивались с данной

основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, находящихся на пенсии. У пациентов на пенсии, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой тревожности был выше, чем у пациентов с собственным источником дохода (ОШ 1.37 (95% ДИ (0.79; 1.95) $p < 0.05$)).

Образование пациентов: 80 (50%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели высшее образование либо наличие степени. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой тревожности были диагностированы у 57 (71.3%) пациентов. Пациенты со средним либо средне-специальным и незаконченным высшим образованием сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, со средне-специальным и незаконченным высшим образованием. У пациентов со средне-специальным и незаконченным высшим образованием, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой тревожности был выше, чем у пациентов с высшим образованием либо наличием степени (ОШ 1.10 (95% ДИ (0.63; 1.57) $p < 0.05$)). У пациентов со средним образованием риск наличия симптомов умеренной и тяжелой тревожности был в 17 раз выше, чем у пациентов с высшим образованием либо наличием степени, но данный показатель не был статистически значимым.

Уровень месячного дохода: 92 (57%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели уровень семейного месячного дохода от 116 126 до 232 252 тг. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой тревожности были диагностированы у 80 (87.0%) пациентов. Все остальные группы пациентов сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, с уровнем семейного месячного дохода от 348 378 и выше. У пациентов с уровнем семейного месячного дохода от 348 378 и выше, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой тревожности был ниже, чем у пациентов с уровнем семейного месячного дохода от 116 126 до 232 252 тг (ОШ -2.81 (95% ДИ (-2.14; 3.48) $p < 0.001$)).

Возможность полностью полагаться на человека, который оказывает поддержку: 119 (73%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, ответили, что не могут полностью полагаться на человека, который им оказывает поддержку. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой тревожности были диагностированы у 110 (92.4%) пациентов. Группа пациентов, которая ответила, что у них есть возможность полностью полагаться на человека, который им оказывает поддержку сравнивались с данной основной группой пациентов, и разница была статистически значимой. У пациентов, ответивших, что они могут полностью полагаться на человека, который оказывает им социальную поддержку, риск развития умеренных и тяжелых симптомов тревожности был в три раза ниже, чем у тех, чья социальная поддержка не была надежной (ОШ -2.46 (95% ДИ (-2.00; -2.92) $p < 0.001$)).

В качестве следующего шага значимые характеристики из одномерного анализа были включены в модель пошаговой логистической регрессии — метод

обратного LR. Этот анализ показал, что уровень ежемесячного дохода семьи (household income) и возможность полностью полагаться на человека, который оказывает поддержку были значимыми предикторами риска умеренных и тяжелых симптомов тревожности. Риск умеренных или тяжелых тревожных симптомов у пациентов с самым высоким уровнем месячного дохода домохозяйства был вдвое ниже, чем у пациентов со средним месячным доходом домохозяйства в диапазоне 116 126 – 232 252 тенге (ОШ -2.21 (95 ДИ: -1.35, -3.07)). У пациентов, ответивших, что они могут полностью полагаться на человека, который оказывает им социальную поддержку, риск развития умеренных и тяжелых симптомов тревожности был в три раза ниже, чем у тех, чья социальная поддержка не была надежной (ОШ -2.93 (95% ДИ: -2.25; -3.61)). Общая логистическая регрессия была статистически значимой. Модель объясняет 54.1% вариаций симптомов тревожности и может правильно классифицировать 88.9% пациентов с раком молочной железы. Подгонка многомерной модели была безупречной ($p = 0.863$). Результаты одномерного и многомерного логистического регрессионного анализа представлены в таблице 14.

Результаты исследования распространенности симптомов депрессии у женщин, с диагностированным раком молочной железы

Средний общий балл опросника ШДБ составил 22.34 (SD = 9.65). По шкале отсечения ШДБ от 20 до 28 у 46% пациентов были симптомы умеренной депрессии, а по шкале отсечения ШДБ от 29 до 63 у 31% пациентов были симптомы тяжелой депрессии. Общие баллы анкеты ШДБ представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Распространенность симптомов депрессии у пациентов с раком молочной железы (n=162)

Тяжесть симптомов депрессии (Баллы по ШДБ)	n (%)	Тяжесть симптомов депрессии (Баллы по ШДБ) по валидации	n (%)
Минимальная (0 – 13)	23 (14)	Минимальная (0 – 14)	26 (16)
Умеренная (14 – 19)	14 (9)	Умеренная (15 – 19)	11 (7)
Средняя (20 – 28)	74 (46)	Средняя (20 – 28)	74 (46)
Тяжелая (29 – 63)	51 (31)	Тяжелая (29 – 63)	51 (31)
среднее±СО	22.34±9.65	среднее±СО	22.34±9.65
<p>Примечания:</p> <p>1. СО – Стандартное отклонение</p> <p>2. ШДБ – Шкала депрессии Бека</p>			

Таблица 14 – Связь между социальными и клиническими переменными и тревожностью у больных раком молочной железы

Показатель	Наличие тревожности n (%)	Отсутствие тревожности n (%)	COR (95 % CI)	AOR (St.Er)
1	2	3	4	5
Возраст (лет)				
– < 50	25 (64.1)	14 (35.9)	-1.09 (-0.63; -1.55)*	
– 50-59	64 (84.2)	12 (15.8)	Reference	
– ≥60	43 (91.5)	4 (8.5)	0.70 (0.09; 1.31)	
Семейное положение				
– замужем	63 (75.0)	21 (25.0)	Reference	
– разведена	38 (88.4)	5 (11.6)	9.29 (3.91; 14.67).	
– не замужем	9 (90.0)	1 (10.0)	1.09 (0.01; 2.17)	
– вдова	19 (90.5)	2 (9.5)	1.15 (-6.70; 9.00)	
– гражданский брак	3 (75.0)	1 (25.0)	-1.15 (-2.33; 0.03)	
Социальный статус				
– работает либо самозанята	61 (74.4)	21 (25.6)	Reference	
– не работает	25 (83.3)	5 (16.7)	0.54 (-0.01; 1.09)	
– пенсионерка	46 (92.0)	4 (8.0)	1.37 (0.79; 1.95)*	
Наличие детей				
– да	120 (81.1)	28 (18.9)	Reference	
– нет	12 (85.7)	2 (14.3)	0.33 (-0.46; 1.12)	
Образование				
– среднее образование	23 (100)	0	17.66 (4.06; 31.26)	
– средне-специальное образование либо незаконченное высшее	52 (88.1)	7 (11.9)	1.10 (0.63; 1.57)*	
– высшее образование/степень	57 (71.3)	23 (28.7)	Reference	

Продолжение таблицы 14

1	2	3	4	5
Место жительства:				
– село	69 (79.3)	18 (20.7)	Reference	
– города спутники	48 (85.7)	8 (14.3)	0.45 (-0.01; 0.91)	
– город	15 (78.9)	4 (21.1)	-0.02 (-0.64; 0.60)	
Уровень месячного дохода (kzt)				
менее 116 126	24 (100)	0	16.67 (3.36; 29.98)	16.87 (-1.37; 35.11)
– 116 126 – 232 252	80 (87.0)	12 (13.0)	Reference	Reference
– 232 252 – 348 378	24 (75.0)	8 (25.0)	-0.80 (-0.29; -1.31)	-0.29 (-0.92; 0.34)
– 348 378 и выше	4 (28.6)	10 (71.4)	-2.81 (-2.14; -3.48)***	-2.21 (-1.35; -3.07)*
Алкоголь:				
– никогда	50 (74.6)	17 (25.7)	Reference	
– иногда	53 (88.3)	7 (11.7)	0.94 (0.45; 1.43)	
– несколько раз в месяц	14 (73.7)	5 (26.3)	-0.05 (-0.64; 0.54)	
– несколько раз в неделю	15 (93.7)	1 (6.3)	1.62 (0.55; 2.69)	
Курение:				
– не курит	88 (81.5)	20 (18.5)	Reference	
– электронные сигареты	15 (68.2)	7 (31.8)	-0.72 (-0.2; -1.24)	
– сигареты	29 (90.6)	3 (9.4)	0.79 (0.13; 1.45)	
Физическая активность:				
– никогда	75 (85.2)	13 (14.8)	Reference	
– иногда	42 (82.4)	9 (17.6)	-0.21 (-0.68; 0.26)	
– несколько раз в месяц	13 (68.4)	6 (31.6)	-0.98 (-0.40; -1.56)	
– несколько раз в неделю	2 (50)	2 (50)	-1.75 (-0.71; -2.79)	
Наличие человека, который может оказать поддержку:				
– да	120 (81.1)	28 (18.9)	Reference	
– нет	12 (85.7)	2 (14.3)	0.33 (-0.46; 1.12)	

Продолжение таблицы 14

1	2	3	4	5
Возможность полагаться на поддержку:				
– да	22 (51.2)	21 (48.8)	-2.46(-2.00;-2.92)***	-2.93 (-2.25; -3.61)***
– нет	110 (92.4)	9 (7.6)	Reference	Reference
Клинический диагноз:				
– унилатеральный рак	125 (81.2)	29 (18.8)	Reference	
– билатеральный рак	7 (87.5)	1 (12.5)	0.49 (-0.60; 1.58)	
Гистопатологический диагноз:				
– ИПК	112 (81.7)	25 (18.3)	Reference	
– ИДК	3 (50.0)	3 (50.0)	-1.49 (-0.64; -2.34)	
– ИЛП	6 (75.0)	2 (25.0)	-0.40 (-1.25; 0.45)	
– НА	4 (100)	0	16.07 (-3.71; 35.85)	
– Не установленный диагноз	7 (100)	0	16.07 (1.12; 31.02)	
Стадия: – I или II	101 (78.9)	27 (21.1)	Reference	
– III	20 (87.0)	3 (13.0)	0.58 (-0.08; 1.24)	
– IV	11 (100)	0	16.25 (4.33; 28.17)	
<p>* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$; *** - $p < 0.001$; Примечания: 1. COR – Crude Odds Ratio. 2. AOR – Adjusted Odds Ratio. 3. Hosmer-Lemeshow test, $p = 0.863$. 4. Adjusted Nagelkerke $R^2 = 54.1\%$. 5. Overall Predictive Ability = 88.9%. 6. ИДК – инвазивная дольковая карцинома. 7. ИПК – Инвазивная протоковая карцинома. 8. ИЛП – инвазивный лобулярный проток. 9. НА – низкодифференцированная аденокарцинома</p>				

Результаты исследования клинико-эпидемиологических аспектов распространенности симптомов депрессии у женщин, с диагностированным раком молочной железы

Клинико-эпидемиологические особенности распространенности симптомов депрессии

Пятнадцать социально-демографических и клинических характеристик пациентов с РМЖ были проанализированы с помощью логистической регрессии, чтобы изучить их связь с симптомами депрессии. Однофакторный анализ показал, что факторами, связанными с симптомами депрессии средней и тяжелой степени, были социальный статус, количество детей, уровень образования, уровень ежемесячного дохода домохозяйства, употребление алкоголя, курение, наличие человека, который может оказать поддержку, возможность полностью полагаться на человека, который оказывает поддержку, клинический диагноз, гистопатологический диагноз, и стадия заболевания.

Социальный статус пациентов: 66 (41%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, работали. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 45 (68.2%) пациентов. Не работающие пациенты, самозанятые либо пациенты на пенсии сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, находящихся на пенсии. У пациентов на пенсии, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии имел положительную корреляцию (ОШ 0.9 (95% ДИ (0.43; 1.37) $p < 0.05$)).

Количество детей: 92 (57%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели 1-2 детей. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 69 (75.0%) пациентов. Пациенты без детей либо с 3 и более детьми сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, без детей. У пациентов без детей, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был выше, чем у пациентов с 1 либо 2 детьми (ОШ 1.46 (95% ДИ (0.4; 2.52) $p < 0.05$)).

Образование пациентов: 63 (39%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели высшее образование. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 41 (65.1%) пациентов. Пациенты со средним, средне-специальным, незаконченным высшим, образованием либо наличием степени сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для двух групп пациентов, пациентов со средним и средне-специальным образованием. У пациентов со средним и средне-специальным образованием, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был выше, чем у пациентов с высшим образованием (ОШ 2.35 (95% ДИ (1.61; 3.09) $p < 0.05$)) и (ОШ 1.30 (95% ДИ (0.79; 1.81) $p < 0.05$)), соответственно.

Уровень месячного дохода: 92 (57%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели уровень семейного месячного дохода от 116 126 до 232 252 тг. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой

депрессии были диагностированы у 71 (77.2%) пациентов. Все остальные группы пациентов сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, с уровнем семейного месячного дохода от 348 378 и выше. У пациентов с уровнем семейного месячного дохода от 348 378 и выше, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был ниже, чем у пациентов с уровнем семейного месячного дохода от 116 126 до 232 252 тг (ОШ -1.80 (95% ДИ (-2.41; -1.19) $p < 0.001$)).

Употребление алкоголя: 49 (73.1%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, ответили, что не употребляют алкоголь. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 49 (73.1%) пациентов. Все остальные группы пациентов сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, которые ответили, что употребляют алкоголь до нескольких раз в неделю. У данной группы пациентов, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был в три раза выше, чем у пациентов с которые не употребляют алкоголь (ОШ 2.71 (95% ДИ (1.68; 3.74) $p < 0.01$)).

Возможность полностью полагаться на человека, который оказывает поддержку: 119 (73%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, ответили, что не могут полностью полагаться на человека, который им оказывает поддержку. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 109 (91.6%) пациентов. Группа пациентов, которая ответила, что у них есть возможность полностью полагаться на человека, который им оказывает поддержку сравнивались с данной основной группой пациентов, и разница была статистически значимой. У пациентов, ответивших, что они могут полностью полагаться на человека, который оказывает им социальную поддержку, риск развития умеренных и тяжелых симптомов депрессии был в три раза ниже, чем у тех, чья социальная поддержка не была надежной (ОШ --2.91 (95% ДИ (-3.37; -2.45) $p < 0.001$)).

Стадия заболевания: 92 (71.9%) пациентов, принявших участие в нашем исследовании, имели I либо II стадию заболевания. Среди данной группы пациентов симптомы умеренной или тяжелой депрессии были диагностированы у 92 (71.9%) пациентов. Все остальные группы пациентов сравнивались с данной основной группой пациентов. Статистическая значимость была выявлена для группы пациентов, с III стадией РМЖ. У данной группы пациентов, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был в два раза выше, чем у пациентов с I либо II стадией РМЖ (ОШ 2.15 (95% ДИ (1.11; 3.19) $p < 0.05$)). У пациентов с IV стадией РМЖ, риск наличия симптомов умеренной или тяжелой депрессии был выше в 16 раз, чем у пациентов с I либо II стадией РМЖ, но разница не была статистически значимой.

Эти факторы были включены в модель пошаговой логистической регрессии – метод обратного LR. Этот анализ определил социальный статус, уровень ежемесячного дохода, надежность социальной поддержки и стадию как значимые предикторы риска симптомов умеренной и тяжелой депрессии. У

безработных или пенсионеров риск развития симптомов умеренной или тяжелой депрессии был значительно выше, чем у работающих. Те пациенты, чей ежемесячный доход домохозяйства был самым высоким, имели почти в два раза (ОШ -1.55 (95% ДИ: -0.49, -2.61)) меньше шансов испытать умеренные и тяжелые симптомы депрессии, чем те, чей уровень дохода домохозяйства был 116 126 – 232 252 тенге ежемесячно. У пациенток с недавно диагностированным раком молочной железы, у которых была надежная социальная поддержка, риск развития умеренных и тяжелых симптомов депрессии был в четыре раза (ОШ - 4,18 (95% ДИ: -3.32, -5.04)) ниже, чем у тех, чья социальная поддержка не была надежной. Неудивительно, что пациенты с раком III стадии имели значительно более высокий риск наличия симптомов умеренного или тяжелого психического расстройства. Окончательная модель, по-видимому, объясняет 58.7% вариаций симптомов депрессии и может правильно классифицировать 77.2% пациентов с раком молочной железы. Подгонка многомерной модели была безупречной ($p = 0.917$). Результаты однофакторного и многомерного логистического анализа представлены в таблице 16.

Результаты исследования опубликованы [144, 145].

Таблица 16 – Связь между социальными и клиническими переменными и депрессией у больных раком молочной железы

Показатель	Наличие депрессии n (%)	Отсутствие депрессии n (%)	COR (St.Er)	AOR (St.Er)
1	2	3	4	5
Возраст (лет)				
– < 40	4 (80)	1 (20)	1.39 (0.27; 2.51)	
– 40-49	20 (58.8)	14 (41.2)	-1.03 (-2.2; 0,14)	
– 50-59	62 (81.6)	14 (18.4)	Reference	
– 60-69	33 (80.5)	8 (19.5)	0.03 (-1.15; 1.18)	
– ≥ 70	6 (100)	0	15.2 (5.5; 24.9)	
Семейное положение				
– замужем	10 (100)	0	0.74 (-1.49; 2.97)	
– разведена	57 (67.9)	27 (32.1)	Reference	
– не замужем	37 (86.0)	6 (14.0)	16.82 (4.32; 29.32)	
– вдова	17 (80.9)	4 (19.1)	0.70 (0.10; 1.30)	
– гражданский брак	4 (100)	0	16.82 (-2.88; 36.52)	
Социальный статус				
– работает	45(68.2)	21 (31.8)	Reference	Reference
– пенсионерка	42 (84.0)	8 (16.0)	0.9 (0.43; 1.37)*	2.62 (1.68; 3.56)**
– самозанята	13 (81.3)	3 (18.7)	0.7 (0.01; 1.39)	1.13 (0.14; 2.12)
– не работает	25 (83.3)	5 (16.7)	0.84 (0.37; 1.31)	2.68 (1.61; 3.75)*
Наличие детей				
– 0	13 (92.9)	1 (7.1)	1.46 (0.4; 2.52)*	
– 1 - 2	69 (75.0)	23 (25.0)	Reference	
– 3 – 4	41 (75.9)	13 (24.1)	5.00 (1.01; 8.99)	
– ≥5	2 (100)	0	1.45 (0.43; 2.47)	
Образование				
– среднее образование	21 (91.3)	2 (8.7)	2.35 (1.61; 3.09)*	
– средне-специальное образование	41 (87.2)	6 (12.8)	1.30 (0.79; 1.81)*	
– высшее образование	41 (65.1)	22 (34.9)	Reference	

Продолжение таблицы 16

– незаконченное высшее	9 (75.0)	3 (25.0)	0.48 (-0.24; 1.2)	
– магистратура	5 (83.3)	1 (16.7)	0.99 (-0.14; 2.12)	
– наличие степени	8 (72.3)	3 (27.3)	0.36 (-0.37; 1.09)	
Место жительства				
– город	66 (75.9)	21 (24.1)	Reference	
– города спутники	47 (83.9)	9 (16.1)	0.51 (0.07; 0.95)	
– село	12 (63.2)	7 (36.8)	-0.61 (-1.15; -0.07)	
Уровень месячного дохода				
менее 116 126	23 (95.8)	1 (4.2)	1.91 (0.86; 2.96)	2.08 (0.51; 3.65)
– 116 126 – 232 252	71 (77.2)	21 (22.8)	Reference	Reference
– 232 252 – 348 378	26 (81.3)	6 (18.7)	0.25 (-0.27; 0.77)	1.26 (0.52; 2.00).
– 348 378 и выше	5 (35.7)	9 (64.3)	-1.80 (-2.41; -1.19)**	-1.55 (-2.61; -0.49)*
Алкоголь				
– никогда	49 (73.1)	18 (26.9)	Reference	
– иногда	49 (81.7)	11 (18.3)	-1.27 (-2.34; -0.2)	
– несколько раз в месяц	12 (63.2)	7 (36.8)	-2.17 (-3.31; -1.03).	
– несколько раз в неделю	15 (93.7)	1 (6.3)	2.71 (1.68; 3.74)**	
Курение				
– не курит	89 (82.4)	19 (17.6)	Reference	
– электронные сигареты	13 (59.1)	9 (40.9)	-0.46 (-0.96; 0.04)	
– сигареты	23 (71.9)	9 (28.1)	1.03 (0.75; 1.31)***	
Физическая активность				
– никогда	70 (79.5)	18 (20.5)	Reference	
– иногда	38 (74.5)	13 (25.5)	1.07 (0.02; 2.12)	
– несколько раз в месяц	15 (78.9)	4 (21.1)	1.32 (0.18; 2.46)	
– несколько раз в неделю	2 (50)	2 (50)	1.51 (0.48; 2.54)	
Наличие человека, который может оказать поддержку				
– да	112 (75.7)	36 (24.3)	Reference	
– нет	13 (92.9)	1 (7.1)	1.43 (0.37; 2.49)	

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5
Возможность полагаться на поддержку – да – нет	16 (37.2) 109 (91.6)	27 (62.8) 10 (8.4)	-2.91 (-3.37; -2.45)*** Reference	-4.18(-5.04; -3.32)*** Reference
Клинический диагноз – унилатеральный рак – билатеральный рак	117 (76.0) 8 (100)	37 (24.0) 0	Reference 16.41 (2.51; 30.31)	
Гистопатологический диагноз – ИПК – ИДК – ИЛП – НА – Не установленный диагноз	108 (78.8) 3 (50.0) 5 (62.5) 4 (100) 5 (71.4)	29 (21.2) 3 (50.0) 3 (37.5) 0 2 (28.6)	Reference -1.31 (-2.15; -0.47) -0.80 (-1.56; -0.04) 15.25 (3.35; 27.15) -0.39 (-1.25; 0.47)	
Стадия – I или II – III – IV	92 (71.9) 22 (95.6) 11 (100)	36 (2.1) 1 (4.4) 0	Reference 2.15 (1.11; 3.19)* 16.63 (4.73; 28.53)	Reference 3.92 (2.25; 5.59)* 18.08 (1.88; 34.28)
<p>* - $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$; *** - $p < 0.001$; Примечания: 1. COR – Crude Odds Ratio. 2. AOR – Adjusted Odds Ratio. 3. Hosmer-Lemeshow test, $p = 0.917$. 4. Adjusted Nagelkerke $R^2 = 58.7\%$. 5. Overall Predictive Ability = 77.2%. 6. ИДК – инвазивная дольковая карцинома. 7. ИПК – Инвазивная протоковая карцинома. 8. ИЛП – инвазивный лобулярный проток. 9. НА – низкодифференцированная аденокарцинома</p>				

3.4 Результаты исследования распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с раком молочной железы через 6 месяцев после проведенного лечения

Результаты исследования распространенности симптомов тревожности среди пациентов с раком молочной железы через 6 месяцев после проведенного лечения

Средний общий балл опросника ШТБ составил 18.95 (SD=8.09). По пороговому баллу ШТБ от 16 до 25 у 51.45% пациентов были симптомы умеренной тревожности, а по пороговому баллу ШТБ от 26 до 63 у 22.33% пациентов были симптомы выраженной тревожности. Однофакторный Anova тест показал, что средние двух групп статистически значимо отличались друг от друга ($p=0.017$). Общие баллы анкеты ШТБ представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Распространенность симптомов тревожности у пациентов с раком молочной железы при включении и через 6 месяцев после проведенного лечения

Тяжесть симптомов тревожности по ШТБ	ПСП при включении (n=81) n (%)	ПСП через 6 мес (n=52) n (%)	Контроль при включении (n=81) n (%)	Контроль через 6 мес (n=51) n (%)
Минимальная (0 – 7)	5 (6.17)	8 (15.38)	7 (8.64)	5 (9.80)
Умеренная (8 – 15)	8 (9.88)	9 (17.31)	10 (12.35)	5 (9.80)
Средняя (16 – 25)	41 (50.62)	26 (50.00)	37 (45.68)	27 (52.94)
Тяжелая (26 – 63)	27 (33.33)	9 (17.31)	27 (33.33)	14 (27.45)
Среднее \pm СО	23.84 \pm 7.5	17.04 \pm 8.14	21.54 \pm 8.9	20.83 \pm 7.68
Примечания: 1. ПСП – психосоциальная поддержка 2. СО – стандартное отклонение 3. ШТБ – Шкала тревожности Бека				

Результаты исследования распространенности симптомов депрессии среди пациентов с раком молочной железы в течении через 6 месяцев после проведенного лечения

Средний общий балл опросника ШДБ составил 19.21 (SD=8.05). По шкале отсечения ШДБ от 20 до 28 у 41.74% пациентов были симптомы умеренной депрессии, а по шкале отсечения ШДБ от 29 до 63 у 17.47% пациентов были симптомы тяжелой депрессии. депрессия. Однофакторный Anova тест показал, что средние двух групп статистически значимо отличались друг от друга ($p<0.05$). Общие баллы анкеты ШДБ представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Распространенность симптомов депрессии у пациентов с раком молочной через 6 месяцев после проведенного лечения

Тяжесть симптомов тревожности по ШТБ	ПСП при включении (n=81) n (%)	ПСП через 6 мес (n=52) n (%)	Контроль при включении (n=81) n (%)	Контроль через 6 мес (n=51) n (%)
Минимальная (0–13)	11 (13.58)	10 (19.23)	12 (14.81)	7 (13.73)
Умеренная (14 – 19)	7 (8.64)	16 (30.77)	7 (8.64)	9 (17.65)

Продолжение таблицы 18

1	2	3	4	5
Средняя (20 – 28)	37 (45.68)	20 (38.46)	37 (45.68)	23 (45.10)
Тяжелая (29 – 63)	26 (32.10)	6 (11.54)	25 (30.87)	12 (23.53)
среднее±СО	19.21± 8.05	18.11± 7.55	22.01±8.9	21.64± 7.88
Примечания: 1. ПСП – психосоциальная поддержка. 2. СО – стандартное отклонение. 3. ШДБ – Шкала депрессии Бека				

3.5 Результаты исследования современных подходов к организации психологической помощи пациентам с РМЖ

По результатам проведенного опроса, было выявлено что основными специалистами, которые направляют пациентов к психологам являются: терапевт/участковый врач 21 (55.2%); гинеколог 13 (34.2%); онколог 11 (28.9%); невропатолог 10 (26.3%) и педиатр 7 (18.4%). При этом, есть и пациенты, которые приходят по самообращению 19 (50%).

17 (44.7%) психологов отметили, что к ним не обращаются пациенты с раком молочной железы. Основными поводами для обращения к психологу являлись: тревожность 13 (44.8%); депрессия 13 (44.8%) и страхи 16 (55.2%).

При консультировании пациентов с РМЖ, психологическая поддержка, психотерапия, коррекция с пациентами с РМЖ в основном осуществлялась либо в виде индивидуальных консультаций 25 (69.4%); посещения на дому 12 (33.3%); в составе мультидисциплинарной команды 11 (30.6%); и только 2 (5.5%) в виде групповой терапии.

34 (91.9%) психолога ответили, что пациенты с РМЖ нуждаются в психодиагностике на наличие симптомов тревожности и депрессии.

32 (86.5%) психолога ответили, что у них нет клинического протокола или профессионального стандарта для работы с онкопациентами, в частности для работы с пациентами с РМЖ.

Основные примеры предложений от психологов по улучшению работы с онкопациентами представлены ниже:

- повышение квалификации;
- обучение эффективным методам психологической поддержки данной категории пациентов;
- наличие кабинета для индивидуального приема;
- специализация по паллиативной помощи;
- пересмотр окладов в онкопсихологии;
- составление и обсуждение рекомендаций по работе с данной категорией пациентов;
- нужен алгоритм работы с данными пациентами;
- создать команду психологов супервизоров, для обновления знаний, для корректировки ошибок;

Онкопсихология у психологов в основном ассоциируется с паллиативной помощью, и не с психологической поддержкой. Из 38 респондентов, только один психолог ответил, что для улучшения работы с онкопациентами, в том числе с пациентами с раком молочной железы нужно обучение эффективным методам психологической поддержки данной категории пациентов

3.6 Результаты исследования для выбора наиболее оптимального подхода к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с раком молочной железы, и ведению данных пациентов

Результаты проведенных исследований позволили нам составить научно обоснованный подход к диагностике тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ, и ведению данных пациентов, путем анализа ответов и мнений экспертов на 4 основных вопроса исследования.

Выбор оптимального подхода к диагностике тревожности среди пациентов с раком молочной железы.

Выбор оптимального подхода к диагностике депрессии среди пациентов с раком молочной железы.

100% экспертов были согласны с мнением, что использование опросников для скрининга пациентов на наличие симптомов тревожности и депрессии имеет место в клинической практике (коэффициент конкордации=1). Это наиболее оптимальный вариант для скрининга пациентов на наличие симптомов эмоциональных расстройств, не требующего специального либо сложного обучения для специалиста; психологические опросники просты в применении; использование минимальных ресурсов. Для успешной реализации программы скрининга пациентов, необходимы:

- использование опросников для выявления у пациентов с РМЖ симптомов тревожности и депрессии;
- языковая/межкультурная и клиническая валидизация опросников для выявления симптомов тревожности и депрессии на русском и казахском языках;
- наличие установленной шкалы для оценки тяжести симптомов для каждого опросника;
- разработанный алгоритм оценки эмоционального состояния пациентов;
- разработанная реферальная система пациентов.

Языковая/межкультурная и клиническая валидизация опросников ШТБ и ШДБ для выявления симптомов тревожности и депрессии на казахском языке была проведена среди женщин с различными онкологическими заболеваниями (результаты исследования описаны в главе 2 данной диссертационной работы). В ходе данного исследования по валидизации, участники исследования и клинические исследователи сошлись во мнении, что опросники должны быть двух язычными, как и многие документы государственного образца. Это решает сразу несколько задач: снятие языкового барьера для пациента, независимо от того, носителем какого языка является пациент, русского или казахского; устранение возможной межкультурной разницы в переводе на казахский язык,

для казахоязычных пациентов с региональным диалектом казахского языка; отсутствие необходимости выбирать, на каком языке заполнять анкету.

При клинической валидации опросников ШТБ и ШДБ, было выявлено, что для ШДБ наиболее оптимальные психометрические параметры были достигнуты при использовании суммарного балла по шкале равного 14. Этот показатель выше, чем рекомендованный суммарный балл по шкале от авторов опросника. Литературный обзор показал, что на практике встречаются примеры, когда для ШДБ были рекомендованы суммарные баллы в 14 либо 15 баллов вместо 13, для выявления пациентов с наличием симптомов депрессии. Для ШТБ наиболее оптимальные психометрические параметры были достигнуты при применении рекомендованном суммарном балле в 15 по опроснику.

Оптимальный подход к диагностике тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

- необходимо разработать алгоритм оценки эмоционального состояния пациентов. Алгоритм должен отвечать на вопросы: Кто, что, когда, где, как, как часто и почему (должен проводиться скрининг пациентов с РМЖ на наличие симптомов тревожности и депрессии);

- реферальная система пациентов должны быть единой, понятной и согласованной между всеми сторонами.

Выбор оптимального подхода к терапии тревожности среди пациентов с раком молочной железы

Выбор оптимального подхода к терапии депрессии среди пациентов с раком молочной железы

Оптимальный подход к терапии пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

- необходимо пересмотреть стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению;

- необходимо пересмотреть клинический протокол диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов;

- необходимо усилить превентивные меры, для того чтобы снизить распространенность тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ

- необходимо обеспечить непрерывность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам, вне зависимости от обращаемости;

- необходимо обеспечить преемственность между всеми службами, задействованными в терапии и социальной поддержке пациентов.

4 МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

4.1 Совершенствования работы с пациентами с симптомами тревожности и депрессии при раке молочной железы

Согласно Национальному Проекту «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая Нация» [146], в состав мультидисциплинарной команды для психосоциальной адаптации пациентов на уровне ПМСП включены психологи и социальные работники.

Высокие показатели распространенности тревожности и депрессии позволяют заключить, что нужно совершенствовать методы медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам. Более того, мнения экспертов, результаты анализа которых представлены в главе 3 подпункт 5, сошлись, в том, что:

Оптимальный подход к диагностике пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

- необходимо разработать алгоритм оценки эмоционального состояния пациентов интегрированный в мультидисциплинарный подход к ведению пациента. Алгоритм должен отвечать на вопросы: Кто, что, когда, где, как, как часто и почему (должен проводиться скрининг пациентов с РМЖ на наличие симптомов тревожности и депрессии) и что дальше с этим делать;

- реферальная система пациентов должны быть единой, понятной и согласованной между всеми сторонами.

Оптимальный подход к терапии пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

- необходимо пересмотреть стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению;

- необходимо пересмотреть клинический протокол диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов;

- необходимо усилить превентивные меры, для того чтобы снизить распространенность тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ

- необходимо обеспечить непрерывность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам, вне зависимости от обращаемости;

- необходимо обеспечить преемственность между всеми службами, задействованными в терапии и социальной поддержке пациентов.

Соответственно, предлагается следующее методологическое обоснование совершенствования работы с пациентами с РМЖ при наличии тревожности и депрессии (рисунок 18).

Алгоритм оценки эмоционального состояния пациентов, и ведения пациентов с РМЖ в мультидисциплинарной команде. ВОП либо терапевт поликлиники после того, как пациент с РМЖ будет взят на учет, в течении 12 недель должен будет направлять всех пациентов с РМЖ к психологу, для скрининга пациентов на наличие симптомов тревожности и депрессии. Скрининг может проводиться с применением инструментов ШТГ и ШДГ, которые входят

в клинические протокола диагностики и лечения, либо валидизированными инструментами среди онко-пациентов женского пола: ШТБ и ШДБ.



Рисунок 18 – Мультидисциплинарный подхода к ведению пациентов с РМЖ на уровне ПМСП

Реферальная система пациентов: ВОП либо терапевт поликлиники после постановки пациента с РМЖ на учет, в течении 12 недель 1 раз отправляет пациента на скрининг эмоционального состояния к поликлиническому психологу.

Анализ социально-психологических услуг предоставляемых на уровне амбулаторно-поликлинической помощи, позволяет сделать выводы о том, что список может быть расширен, и может дублировать услуги оказываемые на стационарном уровне. Список социально-психологических услуг предоставляемых на уровне амбулаторно-поликлинической помощи может включать следующие услуги:

- обучение основам социально-психологической адаптации для реабилитации в домашних условиях, включая навыки самообслуживания, социальной адаптации, само поддержки, и взаимно-поддержки;
- социально-психологическая поддержка медицинского обслуживания, индивидуальной и социальной адаптации пациентов в различных жизненных ситуациях;
- обучение самосохранительному поведению путем проведения социально-психологических тренингов;
- проведение осветительных работ через СМИ и печатные изделия для повышения психологической компетентности населения.

Данные изменения позволят предоставлять более полноценное психосоциальное наблюдение пациентов, возможность ведения регистра пациентов, что обеспечить своевременность и перманентность оказываемых услуг по психологической коррекции и поддержке пациентов.

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения депрессии без психотических расстройств и клиническому протоколу диагностики и лечения тревожных расстройств, для инициирования терапии основной группе взрослых пациентов предлагается либо психотерапия без указания вида психотерапии, либо медикаментозная терапия [113, с. 3-7; 114, с. 3-8]. Международный опыт показывает, что клинические протоколы изменились, и ниже мы предлагаем описание двух различных клинических практических рекомендаций по терапии депрессии. Первая клиническая практическая рекомендация - это протокол American Psychological Association (APA) [147]. Считается, что это самый современный протокол [147, р. 770-7799]. Особенности данного протокола являются то, что в данном документе представлены определенные виды психотерапии в зависимости от категории пациента, возраста и других индивидуальных критериев пациента. Данный протокол позволяет психологам использовать индивидуальный подход при работе с пациентами. Следующий протокол – это клинические практические рекомендации опубликованные в 2016 году European Psychiatric Association (EPA) по терапии хронической депрессии [148]. Данные рекомендации предлагают следующую схему терапии пациентов: система психотерапии когнитивно-поведенческого анализа в качестве первой линии терапии, межличностная психотерапия в качестве второй линии, и когнитивно-поведенческая терапия в качестве третьей линии терапии [148, р. 18-35]. Изменения и дополнения показанные в таблице 19 отражают виды психотерапии для различных групп пациентов, что, несомненно, будет полезным для специалистов, занимающихся лечением данных пациентов. Использование подходов международных протоколов может обеспечить качественную психологическую помощь пациентам. Представленные клинические практические рекомендации могут быть использованы при пересмотре существующих клинических протоколов диагностики и лечения депрессии.

Усиление превентивных мер по снижению распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ.

Во-первых, врач онколог поликлиники должен уметь сообщать диагноз тяжелого заболевания пациенту, что требует определённых навыков и опыта. Предлагаем использовать протокол SPIKES (Six-Step Protocol for Delivering Bad News: application to cancer patients) по сообщению диагноза тяжелого заболевания пациенту. Данный протокол известен онкологам, ранее Казахстанская Ассоциация Паллиативной Помощи в 2016 году проводила обучение по общим принципам общения с пациентом и его семьей, протокол SPIKES также был включен в учебник по коммуникативным навыкам для студентов-медиков в 2017 году. Сейчас онкологи не обязаны протоколировать, как диагноз сообщался пациенту, и были ли соблюдены рекомендации по

сообщению тяжелого заболевания пациенту. Соблюдение протокола SPIKES должно отражаться в медицинских записях пациента.

Таблица 19 – Алгоритм выбора психотерапии и фармакотерапии для различных групп пациентов

<i>Пациенты от 18 до 60 лет</i>	
<i>Виды психотерапии для пациентов при субклинической депрессии</i>	- поведенческая терапия; - когнитивная, когнитивно-поведенческая либо когнитивная терапия, основанная на внимательности; - межличностная психотерапия; - психодинамическая терапия; - поддерживающая терапия
<i>Наличие дистресса в отношениях пациента</i>	Поведенческая терапия
<i>Необходимость достижения полной ремиссии</i>	Поведенческая терапия с антидепрессантами второго поколения
<i>Неэффективность либо невозможность применения психотерапии, либо фармакотерапии</i>	Альтернативная терапия - физической нагрузкой (Exercise therapy)
<i>Пациенты старше 60 лет</i>	
<i>Основные виды психотерапии</i>	Терапия обзора жизни (life review therapy) либо групповая когнитивно-поведенческая терапия
<i>Комбинированная терапия</i>	Межличностная терапия совместно с фармакотерапией
<i>Неэффективность либо невозможность применения указанной терапии</i>	Когнитивно-поведенческая терапия с антидепрессантами второго поколения

Протокол SPIKES состоит из следующих шести шагов:

Setting up – Шаг 1 – Настройка

Обстановка, ничего не должно отвлекать (телефон, коллеги, другие пациенты).

План беседы должен быть продуман с учетом вариантов реакции пациента на новость о диагнозе.

Если пациент заплачет, нужно предложить салфетку или платок. Можно пригласить одного или двух родственников.

Сообщать новость лучше сидя, показывая, что врач никуда не торопится уйти от пациента. Если был предварительный осмотр, то нужно дать возможность пациенту одеться.

Для установки контакта с пациентом, можно посмотреть ему в глаза, либо дотронуться до руки (если это комфортно пациенту).

Perception – Шаг 2 – Восприятие

В шаге 2, 3 и 6 главным правилом является «Спросите, прежде чем сказать».

Нужно задать наводящий вопрос пациенту, чтобы понять, как сам пациент оценивает свое состояние и здоровье. Пример наводящего вопроса: «Как вы

думаете, почему мы вам провели биопсию узла?». В дальнейшем можно корректировать речь, в зависимости от ответа пациента. Ответ пациента позволит понять, замечает ли пациент проявления и симптомы болезни, имеет ли реалистичные представления о лечении и его результатах.

Invitation – Шаг 3 – Приглашение

В шаге 2, 3 и 6 главным правилом является «Спросите, прежде чем сказать».

Нужно убедиться, что пациент готов и хочет знать свой диагноз. Если пациент избегает информации о своем состоянии, и не хочет знать свой диагноз, то можно обрисовать картину в общем, и подробно описать план лечения. Если же пациент не готов погружаться в детали, то можно поговорить с родственниками.

Knowledge – Шаг 4 – Знание

Информация пациенту должна предоставляться с предупреждением, о том, что пациента ждут плохие новости. Например: «К сожалению, вынужден вам сообщить, что...». При разговоре с пациентом, нужно использовать простые слова вместо медицинских терминов, чтобы пациенту все было максимально понятно. Информация должна доноситься до пациента маленькими частями, чтобы убедиться, что пациент все понимает. Даже если прогноз плохой, нельзя говорить пациенту, что ему уже ничего не поможет. Даже в запущенных случаях может проводиться терапия сопровождения.

Emotion and Empathy – Шаг 5 – Выражение сочувствия

Это не всегда легко. Но нужно отследить реакцию пациента, разные пациенты могут по-разному отреагировать на услышанную новость. Можно попросить пациента описать свои мысли и чувства, дав ему время. Важно, чтобы пациент чувствовал, что его чувства и эмоции нормальны. В этот момент можно подсесть к пациенту, дотронуться до руки, дать салфетку, и показать пациенту что вы понимаете его состояние. Продолжать беседу нужно только после того, как пациент относительно успокоится, и установит с вами зрительный контакт. Выражать сочувствие нужно до момента, пока пациент не успокоится, и будет готов вести дальнейшую беседу.

Strategy and Summary – Шаг 6 – Обсуждение дальнейшей стратегии

Когда пациент будет готов к дальнейшему обсуждению проблемы, нужно вернуться к шагу 2 – и спросить у пациента, что он думает о своем состоянии, и возможном лечении. Если пациент имеет чрезмерно оптимистичные ожидания, нужно попросить его рассказать о том, как развивалась болезнь. Обычно, когда пациенты начинают сами рассказывать о том, как развивается болезнь, они сами осознают свое положение. Тут, возможно, придется вернуться к шагу 5. Более того, рассказ пациента может помочь вам понять важные для пациента вещи, и это поможет составить разговор, и обговорить реалистичный план.

Завершить данный разговор нужно должным образом.

Предлагаемое обучение онкологов - повышение квалификации по коммуникативным навыкам, может быть организовано в рамках программы «Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе». Предлагаемая

программа обучения онкологов «Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе» представлена в (Приложение Е).

Во-вторых, врач онколог, психолог, а также врач-общей практики, и семейный врач, должны быть обучены навыкам мотивационного интервью онкопациентов. Мотивационное интервью (МИ) это специальный вид проведения собеседования, который помогает людям справиться с нерешительностью и принять решение в сторону изменений [149]. Изначально МИ нашло применение у пациентов с зависимостью (алкогольной), но со временем сфера применения МИ расширилось [150]. МИ основано на принципах двухстороннего уважения к сотрудничеству, уважении автономии и прав пациента, и выявления внутренних ресурсов пациента для того, чтобы начать меняться [151].

Существуют три основные составляющие мотивации, в основе МИ [152]:

- важность изменений для человека (пациента) - намерение;
- уверенность в изменениях – способность;
- приоритетность изменений – готовность.

Стадии модели изменения поведения:

- преднамерение – существует сопротивление изменению;
- намерение – появляются размышления об изменении;
- принятие решения – это этап подготовки к изменениям. На этой стадии может потребоваться много времени, чтобы перейти к следующей стадии;
- действие – начало изменений;
- поддержка – обычно произошедшие изменения не являются стойкими и окончательными
- срыв – изменения в поведении и образе жизни не происходят с первого раза, и может быть срыв. Как правило, на этом этапе проявляются негативные эмоции и реакции, и пациенту очень важна поддержка со стороны для того, чтобы вернуться к изменениям.

В качестве примера применения МИ у пациентов с РМЖ, ниже представлена методика проведения МИ у пациентов с РМЖ для увеличения их ежедневной физической активности. На данную методику было получено свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом №28096 от 29 июля 2022 года. Полная методика и свидетельство (Приложение В) данной диссертационной работы. Акт внедрения Методических рекомендаций по применению мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы в КазНИИОР №20-2022 (Приложение Г).

Методика применения МИ у пациентов с раком молочной железы: для увеличения физической активности пациентов [153].

Данная методика предназначена для всех специалистов: амбулаторных и стационарных психологов, психотерапевтов и других, занимающихся психосоциальной поддержкой и сопровождением пациентов. В представленной методике описаны шаги МИ пациентов с РМЖ для того, чтобы стимулировать изменения в их ежедневном поведении в сторону увеличения физической активности.

Шаги МИ пациента с РМЖ. Цель: увеличение физической активности:

Шаг 1 – фокусировка. Фокусирование пациента с РМЖ на проблеме отсутствия либо недостаточности времени пребывания на свежем воздухе и времени занятия любым видом физической активности. Начальная точка: пациент с РМЖ не считает важным вести разговор о физической активности, так как его внимание сфокусировано на основном заболевании, стратегии лечения и самого этапа прохождения лечения. Здесь задача МИ - помочь пациенту приоритезировать увеличение физической активности как приемлемую цель для пациента

Шаг 2 – найти собственную мотивацию пациента. Найти, изучить и использовать собственную мотивацию пациента с РМЖ для увеличения уровня ежедневной физической активности. Обычно пациент с РМЖ сфокусирован на своём основном заболевании. Тем не менее в процессе разговора, человеку проводящему МИ нужно распознать, выявить и отреагировать на разговоры об изменениях пациента, либо намерение. Пример:

Пациент: Я не думаю, что отсутствие ежедневной физической активности является для меня сейчас важным.

Интервьюер: Отсутствие физической активности не влияет на ваше самочувствие?

Пациент: Я понимаю, что отсутствие физической активности ухудшает мое настроение. Я мало провожу времени на свежем воздухе, в окружении зелени, случайных прохожих. У меня нет возможности отвлечься от собственных мыслей.

Шаг 3. Распознать желание у пациента к изменениям, в данном случае, разговор о необходимости физической активности у пациента с РМЖ (пребывания на свежем воздухе). Все что в разговоре пациентов свидетельствует о намерении или готовности к изменениям, является желанием к изменениям. Пример: «Возможно, я смогу чаще гулять на свежем воздухе»; «Я бы хотела начать заниматься физической активностью, если бы не сильная слабость»; «Я сделаю это завтра после терапии».

Шаг 4. Планирование. В стадии планирования необходимо суммировать разговор об изменениях, и задать наводящий ключевой вопрос о дальнейших планах пациента для увеличения физической активности. При этом, желание и план изменений должны исходить от самого пациента, а не специалиста, проводящего собеседование. Пример: «Если вы хотите увеличить физическую активность, и чаще пребывать на свежем воздухе, каким будет ваш первый шаг?»;

Основные принципы МИ пациентов с РМЖ, с целью увеличения физической активности

Пациент сам проявляет желание увеличить физическую активность, без применения агрессивных мотивационных методик, посредством выявления потребностей пациента, и привлечения внутренних ресурсов пациента для стимуляции изменения ежедневного поведения в сторону увеличения физической активности.

Пациент сам формирует и разрешает нерешительность. Нерешительность – это конфликт между неудовлетворенными потребностями, находящимися в и сопровождающихся линиями определенных поведений. Последовательный анализ противоречивых потребностей, приводит к обучению понимания себя и своего поведения. МИ при анализе потребностей помогает пациенту в принятии решений, способствующих изменению поведения, то есть, к увеличению физической активности.

Прямое убеждение – это не эффективный способ разрешения противоречий и нерешительности пациента, так как убеждение подавляет волевые внутренние ресурсы пациента, и может привести к обратному результату: усилению сопротивления к изменениям. Прямое убеждение пациента в безотлагательном изменении поведения, может привести к обратному результату, то есть, к снижению физической активности пациента с РМЖ.

Основа МИ – уважение и внимание к пациенту, а также поддержка в развитии готовности к изменениям в поведении.

МИ - это директивное направление усилий пациента с РМЖ в необходимое русло, для создания условий и ресурсов к повышению физической активности.

МИ должно проводиться с постоянной оценкой и контролем развития сопротивления пациента к изменениям.

Свобода и выбор пациента, поддержка самоэффективности, и веры в собственные силы, принятие точки зрения, позиции, и мнения пациента, то есть выстраивание партнерских взаимоотношений – это то, на чем строится МИ.

Основные коммуникативные навыки необходимые для МИ пациентов с РМЖ. Цель - повышения физической активности пациентов.

Использование открытых вопросов, чтобы привести пациента к собственной постановке цели для изменений в поведении

Активное слушание, восприятие, анализ состояния пациента и обратная связь.

Информирование – предоставление полной и необходимой информации пациенту с РМЖ, способствующей изменению поведения. Нужно получить ответы на такие вопросы, как:

Что пациент уже знает об уровне своей физической нагрузки и о пользе ежедневных физических нагрузок?

Что пациент хочет знать о повышении ежедневной физической нагрузки и исходящей от этого пользе для его здоровья?

Что пациенту необходимо знать с медицинской точки зрения, для принятия решения об изменении поведения и повышении ежедневной физической нагрузки?

Основные клинические микронавыки (OARS) в МИ пациентов с РМЖ. Цель - повышение физической активности пациентов с РМЖ.

О (Open ended questions): открытые вопросы позволяют интервьюеру лучше узнать своего пациента. Пример: «Что вы можете рассказать о вашей физической активности?» или «Сколько времени вы уделяете физической активности?»

A (Affirmations): аффирмации это помощники для выстраивания доверительных отношений с пациентом. Аффирмации оказывают поддержку пациенту на стадии изменений. Если подмечать сильные стороны пациента, и поддерживать усилия по изменению, изменения даются пациенту легче. Пример: «Вы очень сильная и смелая женщина, вы решились каждый день уделять внимание себе, и уровню своей физической активности, преодолев трудности на пути».

R (Reflective listening): перефразирование высказываний пациента – это инструмент для прояснения неявных значений. Рефлексивное слушание помогает понять и услышать пациенту собственную мотивацию. В идеале, интервьюер должен делать два рефлексивных высказывания на каждый свой вопрос и ответ пациента, для того чтобы отзеркалить то, что сказал пациент. Пример: «До недавнего времени вы не обращали внимания на свое здоровье и самочувствие, и не были обеспокоены тем, что не уделяете себе и своему состоянию должного внимания. Потом вам поставили диагноз серьезного заболевания, и вы поняли, что ваш организм требует к себе внимания».

S (Summarizing): суммирование это инструмент для указания на расхождения между текущим состоянием пациента и поставленной целью. Суммирование – это сбор и связывание имеющейся информации. Пример: «Вы признаете, что ваше плохое самочувствие может быть частично облегчено ежедневными короткими прогулками на свежем воздухе, желательна в зоне с зеленым насаждением?»

Предлагаемое обучение онкологов, психологов, а также врачей общей практики - повышение квалификации по коммуникативным навыкам, может быть организовано в рамках программы «Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе».

В-третьих, нужно усовершенствовать коммуникативные навыки врачей общей практики (ВОП) и терапевтов, которые ведут диспансерную работу с пациентами с РМЖ на постоянной основе. ВОП и терапевты должны уметь работать со стигмой по отношению к ментальному здоровью, обращению к психологу, и к психотерапевтическим методам. По данным ВОЗ, стигматизация по отношению к ментальному здоровью, обращению к психологу характерна не только к культурной особенности страны, но также может существовать внутри медицинских учреждений.

Предлагаемое обучение врачей общей практики и терапевтов - повышение квалификации по коммуникативным навыкам, может быть организовано в рамках программы «Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе». Предлагаемая программа обучения «Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе» представлена в (Приложение Е).

В-четвертых, предлагаем усовершенствовать обучение студентов факультетов общей медицины и педиатрии на уровне медицинских Высших Учебных Заведений, для того чтобы сделать акцент на усиление вопросов ментального здоровья.

Должна обеспечиваться непрерывность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам с РМЖ, вне зависимости от обращаемости;

Психолог, после первичного скрининга и категоризации пациента, в зависимости от клинических проявлений, и суммы баллов по каждому из опросников, либо направляет пациента к психиатру, для подтверждения диагноза, и дальнейшей терапии, либо включает пациента в группы психокоррекции. Согласно литературным данным наиболее эффективными подходами являются психотерапия и психокоррекция, психо-образование (ментальная настороженность) и повышение физической активности, которые проводились на разных этапах лечения и в основном применялись в формате мультисессии, очных встреч и групповых занятий [154]. Среди психологических вмешательств выделяют пять основных групп терапии: метод, основанный на фокусировке внимания (mindfulness based), выражение положительных эмоций, духовное вмешательство, терапия надеждой и вмешательство, создающее смысл [155]. Психиатр, после завершения курса психотерапии направляет пациента к психологу, для психокоррекции и профилактики обострения психоэмоционального состояния.

Должна обеспечиваться преемственность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам с РМЖ, вне зависимости от обращаемости.

На сегодняшний день на уровне ПМСП уже функционируют такие информационные системы, которые могут обеспечить преемственность и обмен данными между различными амбулаторными службами: «АИС Поликлиника», Комплексная Информационная Система, Дополнительный Компонент Подушевого Норматива, Система Управления Ресурсами, Электронный Регистр Услуг на Амбулаторном Уровне, Платежная Система Амбулаторно-Поликлиническая Помощь, портал Регистр Прикрепленного Населения, Электронный Регистр Диспансерных Больных, с подсистемой Регистр Онкологических Больных.

Мы предлагаем усилить настороженность по ментальному здоровью основных медицинских работников, которые на постоянной основе взаимодействуют с пациентами с РМЖ для того, чтобы обеспечивать непрерывность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам, вне зависимости от обращаемости, и преемственность между всеми службами задействованными в терапии и социальной поддержке пациентов с РМЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с раком молочной железы испытывают высокое психологическое бремя с момента постановки диагноза и на протяжении всей жизни. Согласно систематическому мета-анализу, распространенность тревожности среди больных раком молочной железы колеблется от 4.1% до 97.5%, а распространенность депрессии колеблется от 3.0 to 95.9%. Имеются данные о том, что женщины, уже на этапе обследования для постановки диагноза РМЖ испытывают высокий уровень тревожности и депрессии. Длительная и сложная терапия РМЖ нарушает повседневную жизнь пациента и меняет его личность, а также создает дополнительную нагрузку на лиц, осуществляющих уход. В результате у пациента возникают психологические проблемы. Пациенты с РМЖ, которые испытывали высокий уровень психологического стресса, имели большую инвалидность, более низкое качество жизни и даже более низкую выживаемость. По результатам проведенного литературного обзора, было выявлено что на уровень распространенности симптомов тревожности и депрессии, кроме медицинских показателей, таких как стадия заболевания и вид лечения, влияют такие социо-экономические факторы, как: политическая ситуация в стране, макро-экономическое развитие страны, доступность и стоимость медицинских услуг, развитость деятельности неправительственных организаций, и развитость психо-онкологической службы.

Существует множество инструментов для диагностики тревожности и депрессии у пациентов с онко-заболеваниями. В казахстанские клинические протокола диагностики и лечения включены ШТГ и ШДГ, как инструменты для оценки эффективности проводимой психо-терапевтической коррекции. В нашем исследовании, мы провели валидизацию казахских версий ШТБ и ШДБ. По результатам психометрической валидизации данных инструментов, мы рекомендуем использовать данные шкалы для выявления симптомов тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, со следующими психометрическими показателями:

Для ШТБ: диагностировать наличие симптомов тревожности при 15 баллах и выше, из возможных 63.

Для ШДБ: диагностировать наличие симптомов депрессии при 15 баллах и выше, из возможных 63.

По результатам проведенного собственного систематического обзора и мета-анализа, мы получили следующие результаты:

На основе модели случайных эффектов объединенная средняя распространенность тревожности составила 29.93% (95% ДИ [23.22; 37.09]; I² = 86%) у пациентов с РМЖ. Согласно результатам, мета-регрессии, год публикации, средний возраст участников, семейное положение, страдающих депрессией и размер выборки не учитывали в значительной степени гетерогенность в размерах эффекта между исследованиями.

На основе модели случайных эффектов объединенная средняя распространенность симптомов легкой, умеренной и тяжелой депрессии

составила 38.23% (95% ДИ [30.92; 45.83]). Согласно результатам мета-регрессии, год публикации, средний возраст участников, семейное положение и размер выборки существенно не объясняли неоднородность величины эффекта между исследованиями.

По результатам проведенного экспериментального исследования, мы получили следующие результаты:

Распространенность симптомов тревожности и депрессии среди диагностированных пациентов с РМЖ, составляет 81% и 77% соответственно. Через 6 месяцев после проведенного лечения, у 74% пациентов с РМЖ были выявлены симптомы тревожности, и у 59% пациентов были выявлены симптомы депрессии.

Согласно однофакторному анализу, факторами, связанными с умеренными и тяжелыми симптомами тревожности, были возраст, социальный статус, образование, уровень ежемесячного дохода домохозяйства и надежность социальной поддержки. В качестве следующего шага значимые характеристики из одномерного анализа были включены в модель пошаговой логистической регрессии – метод обратного LR. Этот анализ показал, что уровень ежемесячного дохода домохозяйства и надежность социальной поддержки были и значимыми предикторами риска умеренных и тяжелых симптомов тревожности.

Однофакторный анализ показал, что факторами, связанными с симптомами депрессии средней и тяжелой степени, были социальный статус, количество детей, школьное образование, место жительства, ежемесячный доход домохозяйства, употребление алкоголя, курение, социальная поддержка, надежность социальной поддержки, клинический диагноз, гистопатологический диагноз, и стадия заболевания. Эти факторы были включены в модель пошаговой логистической регрессии – метод обратного LR. Этот анализ определил социальный статус, уровень ежемесячного дохода, надежность социальной поддержки и стадию как значимые предикторы риска симптомов умеренной и тяжелой депрессии.

Анализ распространенности симптомов тревожности и депрессии через 6 месяцев после проведенного лечения показал, что у группы пациентов с РМЖ, получавших дополнительную психосоциальную коррекцию, уровень распространенности симптомов тревожности и депрессии был ниже, чем у контрольной группы пациентов.

Анкетирование психологов показало, что к 44.7% психологам в поликлиниках пациенты с РМЖ не обращаются, и только 5.5% консультируемых пациентов с РМЖ проходит в виде групповых занятий.

Мнение экспертов сошлось в том, что:

1. Оптимальный подход к диагностике тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

– необходимо разработать алгоритм оценки эмоционального состояния пациентов. Алгоритм должен отвечать на вопросы: Кто, что, когда, где, как, как часто и почему (должен проводиться скрининг пациентов с РМЖ на наличие симптомов тревожности и депрессии).

– реферальная система пациентов должны быть единой, понятной и согласованной между всеми сторонами.

2. Оптимальный подход к терапии пациентов с РМЖ, должен соответствовать нескольким критериям:

– необходимо пересмотреть стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению;

– необходимо пересмотреть клинический протокол диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов;

– необходимо усилить превентивные меры, для того чтобы снизить распространенность тревожности и депрессии у пациентов с РМЖ

– необходимо обеспечить непрерывность оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам, вне зависимости от обращаемости;

– необходимо обеспечить преемственность между всеми службами, задействованными в терапии и социальной поддержке пациентов.

Описанные выше исследования позволили нам разработать:

1. Алгоритм оценки эмоционального состояния и ведения пациентов.

2. Реферальную систему пациентов с РМЖ для оценки эмоционального состояния.

3. Программу по усилению превентивных мер по снижению распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ.

4. Программу по обеспечению непрерывности и преемственности оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам с РМЖ, вне зависимости от обращаемости.

На основании проведенного исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Результаты международных исследований показали, что распространенность тревожности среди больных раком молочной железы колеблется от 4.1 до 97.5%, а распространенность депрессии колеблется от 3.0 до 95.9%. По данным ВОЗ, в период до наступления пандемии COVID-19, в Казахстане распространенность тревожности в общей популяции составляла от 7 до 10%, а распространенность депрессии составляла от 4 до 5.5%. В период после пандемии могла возрасти до 25%.

2. По данным проведенного систематического обзора и мета-анализа, распространенность тревожности среди пациентов с РМЖ составила 29.93%, а распространенность депрессии составила 38.23%.

3. По результатам исследования, у 81% пациентов с РМЖ были диагностированы симптомы умеренной (48%) и тяжелой (33%) тревожности; у 77% пациентов с РМЖ были диагностированы симптомы умеренной (46%) и тяжелой (31%) депрессии. Дополнительная психосоциальная коррекция позволила снизить распространенность симптомов умеренной и тяжелой тревожности до 50 и 17%, и распространенность симптомов умеренной и тяжелой депрессии до 38 и 11% соответственно.

4. Существующая модель оказания психосоциальной поддержки пациентов не включает этап взаимодействия психолога и ВОП/терапевта для

диагностики и оказания своевременной и перманентной психологической помощи пациентам с РМЖ.

5. Полученные результаты позволили разработать практические рекомендации, которые включают в себя алгоритм оценки эмоционального состояния и ведения пациентов, реферальную систему пациентов с РМЖ для оценки эмоционального состояния, программу по усилению превентивных мер по снижению распространенности тревожности и депрессии среди пациентов с РМЖ, программу по обеспечению непрерывности и преемственности оказания медико-психологической и медико-социальной помощи пациентам с РМЖ, вне зависимости от обращаемости; и обосновать мультидисциплинарный к ведению пациентов с РМЖ при наличии тревожности и депрессии; и использовать индивидуальный подход в зависимости от психологического статуса пациента.

Практические рекомендации

Предлагается следующее методологическое обоснование совершенствования работы с пациентами с РМЖ при наличии тревожности и депрессии:

1. Внедрить протокол SPIKES (Six-Step Protocol for Delivering Bad News: application to cancer patients) по сообщению диагноза тяжелого заболевания пациенту на уровне ПМСП.

2. Усиление преемственности между специалистами стационарного уровня и ПМСП путём передачи актуальных данных из стационара в ПМСП, использования системы мониторинга психологического статуса для оказания своевременной психологической помощи пациентам с РМЖ на уровне ПМСП, и внедрение оценки психоэмоционального состояния пациентов с РМЖ психологами ПМСП на этапе постановки основного диагноза.

3. На постоянной основе организовывать обучение врачей онкологов, психологов, а также ВОП/терапевтов навыкам мотивационного интервью онкопациентов: проведение мотивационного интервью пациентов с РМЖ, для различных целей, таких как начало и прохождения курса терапии – treatment adherence - (неoadъюватной, адъюватной, лучевой, хирургической, химиотерапии) в зависимости от стадии и классификации РМЖ; увеличение физической нагрузки пациентов, отказ от курения, отказ от алкоголя и т.д.

4. Включить в образовательные программы послевузовского уровня медицинских вузов, ССУЗов методы мотивационного интервью, использование протокола SPIKES.

5. Рекомендовать при пересмотре клинического протокола диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов и клинического протокола диагностики и лечения тревожных расстройств использовать международные рекомендации по индивидуализации лечения в зависимости от психологического статуса пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Otte C., Gold S.M., Penninx B.W. et al. Major depressive disorder // *Nat Rev Dis Prim.* – 2016. – Vol. 2, Issue 1. – P. 16065.
- 2 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан: утв. 30 ноября 2020 года, ҚР ДСМ-224/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.15.08.2021>.
- 3 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов: утв. 12 ноября 2020 года, №ҚР ДСМ-188/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.15.08.2021>.
- 4 Barrett D., Noble H. What are cohort studies? // *Evid Based Nurs.* – 2019. – Vol. 22, Issue 4. – P. 95-96.
- 5 Haidich A.B. Meta-analysis in medical research // *Hippokratia.* – 2010 – Vol. 14, Suppl 1. – P. 29-37.
- 6 Setia M.S. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies // *Indian J Dermatol.* – 2016. – Vol. 61, Issue 3. – P. 261-264.
- 7 Hall A., Fallowfield L.J., A'Hern R.P. When Breast Cancer Recurs: A 3-Year Prospective Study of Psychological Morbidity // *Breast J.* – 1996. – Vol. 2, Issue 3. – P. 197-203.
- 8 Алдиар Б., Абикулова А.К., Хасенова А.Ж. Сравнительный обзор потребности в лекарственном обеспечении при орфанных заболеваниях в Казахстане и за рубежом (литературный обзор) // *Вестник Казахского Национального медицинского университета.* – 2020. – №4. – С. 547-55.
- 9 Aromataris E., Pearson A. The systematic review: an overview // *AJN Am J Nurs.* – 2014. – Vol. 114, Issue 3. – P. 53-58.
- 10 Ширванова Ф.В., Каримова Д.Н. Особенности проявления школьной тревожности // *Санкт-Петербургский образовательный вестник.* – 2019. – №1-2(29-30). – С. 74-79.
- 11 Покровский В.И., Пак С.Г., Бойко Н.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учеб. – М., 2007. – 816 с.
- 12 Nutrition and Health Topics // <https://www.who.int/news/item.19.07.2021>.
- 13 Хронические болезни и укрепление здоровья // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.19.07.2021>.
- 14 Турдалиева Б.С. и др. Анализ заболеваемости и смертности от основных хронических инфекционных заболеваний населения Республики Казахстан // *Вестник КазНМУ.* – 2016. – №4. – С. 485-487.
- 15 Показатели онкологической службы Республики Казахстан // <https://onco.kz/o-rake/ponimanie-raka/statistika-raka/.08.09.2021>.
- 16 Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA Cancer J Clin.* – 2018. – Vol. 68, Issue 6. – Vol. 394-424.
- 17 Maajani K., Jalali A., Alipour S. et al. The Global and Regional Survival Rate of Women With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis // *Clin Breast*

Cancer. – 2020. – Vol. 19, Issue 3. – P. 165-177.

18 Shah T.A., Guraya S.S. Breast cancer screening programs: Review of merits, demerits, and recent recommendations practiced across the world // *J Microsc Ultrastruct.* – 2017. – Vol. 5, Issue 2. – P. 59-69.

19 American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020 // <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts>. 05.08.2021.

20 Globocan. Observatory TGC // <http://gco.iarc.fr/today/data>. 04.02.2021.

21 Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2019 // *CA Cancer J Clin.* – 2019. – Vol. 69, Issue 1. – P. 7-34.

22 Colleoni M., Sun Z., Price K.N. et al. Annual Hazard Rates of Recurrence for Breast Cancer During 24 Years of Follow-Up: Results From the International Breast Cancer Study Group Trials I to V // *J Clin Oncol.* – 2016. – Vol. 34, Issue 9. – P. 927-935.

23 Santiago R.J., Wu L., Harris E. et al. Fifteen-year results of breast-conserving surgery and definitive irradiation for Stage I and II breast carcinoma: the University of Pennsylvania experience // *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* – 2004. – Vol. 58, Issue 1. – P. 233-240.

24 Saphner T., Tormey D.C., Gray R. Annual hazard rates of recurrence for breast cancer after primary therapy // *J Clin Oncol.* – 1996. – Vol. 14, Issue 10. – P. 2738-2746.

25 Voogd A.C., Nielsen M., Peterse J.L. et al. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast-conserving therapy or mastectomy for stage I and II breast cancer: pooled results of two large European randomized trials // *J Clin Oncol.* – 2001. – Vol. 19, Issue 6. – P. 1688-1697.

26 Oh S., Heflin L., Meyerowitz B.E. et al. Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: a follow-up study // *Breast Cancer Res Treat.* – 2004. – Vol. 87, Issue 1. – P. 45-57.

27 Ganz P.A., Desmond K.A., Leedham B. et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study // *J Natl Cancer Inst.* – 2002. – Vol. 94, Issue 1. – P. 39-49.

28 Budhwani S., Moineddin R., Wodchis W.P. et al. Do Longitudinally Collected Symptom Scores Predict Time to Death in Advanced Breast Cancer: A Joint Modeling Analysis // *J Pain Symptom Manage.* – 2019. – Vol. 59, Issue 5. – P. 1009-1018.

29 Giese-Davis J., Collie K., Rancourt K.M.S. et al. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis // *J Clin Oncol.* – 2011. – Vol. 29, Issue 4. – P. 413-420.

30 US National Library of Medicine // <https://www.ncbi.nlm.nih>. 20.05.2020.

31 Boakye E.A., Osazuwa-Peters N., Mohammed K. et al. Prevalence and factors associated with diagnosed depression among hospitalized cancer patients with metastatic disease // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* – 2019. – Vol. 55, Issue 1. – P. 15-23.

32 Адылханов ТА. Исследование личностных реакций у больных раком молочной железы, подвергшихся радикальной мастэктомии // *Клиническая*

Медицина. – 2007. – №3(1). – С. 1-3.

33 Igissinov N., Toguzbayeva A., Turdaliyeva B. et al. Breast Cancer in Megapolises of Kazakhstan: Epidemiological Assessment of Incidence and Mortality // *Iran J Public Health*. – 2019. – Vol. 48, Issue 7. – P. 1257-1264.

34 Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates, 2019 // https://www.who.int/mental_health/management/depression. 14.04.2021.

35 COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide // <https://www.nationaltribune.com.au/covid>. 14.04.2021.

36 Kessler R.C., Petukhova M., Sampson N.A. et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States // *Int J Methods Psychiatr Res*. – 2012. – Vol. 21, Issue 3. – P. 169-184.

37 Jacobi F., Höfler M., Strehle J. et al. Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH) // *Nervenarzt*. – 2014. – Vol. 85, Issue 1. – P. 77-87.

38 Kessler R.C., Demler O., Frank R.G. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003 // *N Engl J Med*. – 2005. – Vol. 352, Issue 24. – P. 2515-2523.

39 Bandelow B., Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century // *Dialogues Clin Neurosci*. – 2022. – Vol. 17, Issue 3. – P. 327-335.

40 Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. et al. The lifetime history of major depression in women: reliability of diagnosis and heritability // *Arch Gen Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50, Issue 11. – P. 863-870.

41 Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, Issue 6. – P. 593-602.

42 Angst J., Gamma A., Baldwin D.S. et al. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. – 2009. – Vol. 259, Issue 1. – P. 37-45.

43 Rubio G., López-Ibor J.J. Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. – 2007. – Vol. 115, Issue 5. – P. 372-379.

44 Roemer L., Molina S., Borkovec T.D. An investigation of worry content among generally anxious individuals // *J Nerv Ment Dis*. – 1997. – Vol. 185, Issue 5. – P. 314-319.

45 Beesdo K., Knappe S., Pine D.S. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V // *Psychiatr Clin North Am*. – 2009. – Vol. 32, Issue 3. – P. 483-524.

46 Shores M.M., Glubin T., Cowley D.S. et al. The relationship between anxiety and depression: a clinical comparison of generalized anxiety disorder, dysthymic disorder, panic disorder, and major depressive disorder // *Compr Psychiatry*. – 1992. – Vol. 33, Issue 4. – P. 237-244.

47 Rhebergen D., Aderka I.M., van der Steenstraten I.M. et al. Admixture analysis of age of onset in generalized anxiety disorder // *J Anxiety Disord*. – 2017. – Vol. 50. – P. 47-51.

48 Zhang X., Norton J., Carrière I. et al. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study) //

Transl Psychiatry. – 2015. – Vol. 5, Issue 3. – P. e536-1-e536-10.

49 Kumar K.P.S., Srivastava S., Paswan S. et al. Depression-symptoms, Causes, Medications and Therapies // The Pharma Innovation. – 2012. – Vol. 1, Issue 3. – P. 41-55.

50 Theofilou P., Panagiotaki H. A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients // Oncol Rev. – 2012– Vol. 6, Issue 1. – P. e5-1-e5-12.

51 Smith HR. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment // Oncol Lett. – 2015. – Vol. 9, Issue 4. – P. 1509-1514.

52 Pitman A., Suleman S., Hyde N. et al. Depression and anxiety in patients with cancer // Bmj. – 2018. – Vol. 361. – k1415.

53 Riedl D., Schüßler G. Factors associated with and risk factors for depression in cancer patients – A systematic literature review // Transl Oncol. – 2022. – Vol. 16. – P. 101328-1-101328-10.

54 Howell D.M., Metcalfe K., Kong S. et al. Risk factors for psychological morbidity and the protective role of coping self-efficacy in young women with breast cancer early in diagnosis: a national multicentre cohort study // Breast Cancer Res Treat. – 2022. – Vol. 194, Issue 1. – P. 91-102.

55 Okati-Aliabad H., Ansari-Moghadam A., Mohammadi M. et al. The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer // Support Care Cancer. – 2022. – Vol. 30, Issue 1. – P. 703-710.

56 Logue C.A., Pugh J., Foden P. et al. Psychosexual Morbidity in Women With Ovarian Cancer: Evaluation by Germline BRCA Gene Mutational Status // Sex Med. – 2022. – Vol. 10, Issue 1. – P. 100465-1-100465-8.

57 Areklett E.W., Fagereng E., Bruheim K. et al. Self-reported cognitive impairment in cervical cancer survivors: A cross-sectional study // Psychooncology. – 2022. – Vol. 31, Issue 2. – P. 298-305.

58 Karibayeva I., Turdaliyeva B., Zainal N.Z. et al. The prevalence of anxiety among advanced breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis // Наука о жизни и здоровье. – 2020. – №4. – С. 80-93.

59 Walker J., Hansen C.H., Martin P. et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data // The Lancet Psychiatry. – 2014. – Vol. 1, Issue 5. – P. 343-350.

60 Wittchen H-U., Knäuper B., Kessler R.C. Lifetime risk of depression // Br J Psychiatry. – 1994. – Vol. 165(S26). – P. 16-22.

61 Frank E., Thase M.E. Natural history and preventative treatment of recurrent mood disorders. – 1999. – Vol. 50. – P. 453-468.

62 Gold P.W. The neurobiology of stress and its relevance to psychotherapy. Clin Neurosci Res. – 2005. – Vol. 4(5-6). – P. 315-324.

63 Gold P.W., Chrousos G.P. Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states. Mol Psychiatry. – 2002. – Vol. 7, Issue 3. – P. 254-275.

64 Chrousos G.P., Gold P.W. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis // *Jama.* – 1992. – 267, Issue 9. – P. 1244-1252.

65 Gold P.W., Goodwin F.K., Chrousos G.P. Clinical and biochemical manifestations of depression // *N Engl J Med.* – 1988. – Vol. 319. – P. 413-420.

66 Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults // *Epidemiology.* – 1993. – Vol. 4, Issue 4. – P. 285-294.

67 Michelson D., Stratakis C., Hill L. et al. Bone mineral density in women with depression // *N Engl J Med.* – 1996. – Vol. 335, Issue 16. – P. 1176-1181.

68 Murray C.J.L., Lopez A.D. Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study // *Science.* – 1996. – Vol. 274. – P. 740-743.

69 Forouzanfar M.H., Foreman K.J., Delossantos A.M. et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis // *Lancet.* – 2011. – Vol. 378(9801). – P. 1461-1484.

70 Nahvijou A., Mohagheghi M.A., Guiti M. et al. The Role of Cancer Charities in Breast Cancer Prevention in Iran // *Basic Clin Cancer Res.* – 2021. – Vol. 12, Issue 4. – P. 166-176.

71 Maass S.W.M.C., Roorda C., Berendsen A.J. et al. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review // *Maturitas.* – 2015. – Vol. 82, Issue 1. – P. 100-108.

72 Saniah A.R., Zainal N.Z. Anxiety, depression and coping strategies in breast cancer patients on chemotherapy // *Malaysian J Psychiatry.* – 2010. – Vol. 2, Issue 8. – P. 90-94.

73 Hashemi S.-M., Rafiemanesh H., Aghamohammadi T. et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis // *Breast Cancer.* – 2020. – Vol. 27, Issue 2. – P. 166-178.

74 Pilevarzadeh M., Amirshahi M., Afsargharehbagh R. et al. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis // *Breast Cancer Res Treat.* – 2019. – Vol. 176, Issue 3. – P. 519-533.

75 Jenkins P.L., May V.E., Hughes L.E. Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer // *Int J Psychiatry Med.* – 1991. – Vol. 21, Issue 2. – P. 149-155.

76 Zainal N.Z., Nik-Jaafar N.R., Baharudin A. et al. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies // *Asian Pacific J Cancer Prev.* – 2013. – Vol. 14, Issue 4. – P. 2649-2656.

77 Montazeri A., Jarvandi S., Haghighat S. et al. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group // *Patient Educ Couns.* – 2001. – Vol. 45, Issue 3. – P. 195-198.

78 Montazeri A., Sajadian A., Ebrahimi M. et al. Depression and the use of complementary medicine among breast cancer patients // *Support Care Cancer.* – 2005. – Vol. 13, Issue 5. – P. 339-342.

79 Montazeri A., Harirchi I., Vahdani M. et al. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis // *Eur J Cancer Care (Engl).* – 2000. –

Vol. 9, Issue 3. – P. 151-157.

80 Al-Zaben F.N., Sehlo M.G., Koenig H.G. A cross-sectional study of anxiety and marital quality among women with breast cancer at a university clinic in western Saudi Arabia // *Saudi Med J.* – 2015. – Vol. 36, Issue 10. – P. 1168-1175.

81 Ahmed A.E., Albalawi A.N., Qureshey E.T. et al. Psychological symptoms in adult Saudi Arabian cancer patients: prevalence and association with self-rated oral health // *Breast Cancer Targets Ther.* – 2018. – Vol. 10. – P. 153-159.

82 Akel R., El Darsa H., Anouti B. et al. Anxiety, depression and quality of life in breast cancer patients in the levant // *Asian Pacific J cancer Prev APJCP.* – 2017. – Vol. 18, Issue 10. – P. 2809-2816.

83 El Missiry A. Psychiatric Morbidity, Pattern of Coping among sample of Egyptian Women in Early Versus Recurrent Stage of Cancer Breast // *Arab J Psychiatry.* – 2011. – Vol. 22. – P. 36-44.

84 Shakeri J., Golshani S., Jalilian E. et al. Studying the amount of depression and its role in predicting the quality of life of women with breast cancer // *Asian Pacific J Cancer Prev.* – 2016. – Vol. 17, Issue 2. – P. 643-646.

85 Gharaei H.A., Dianatinasab M., Kouhestani S.M. et al. Meta-analysis of the prevalence of depression among breast cancer survivors in Iran: an urgent need for community supportive care programs // *Epidemiol Health.* – 2019. – Vol. 41. – P. e2019030-1-e2019030-11.

86 Saeedi-Saedi H., Shahidsales S., Koochak-Pour M. et al. Evaluation of emotional distress in breast cancer patients // *Iran J cancer Prev.* – 2015. – Vol. 8, Issue 1. – P. 36-41.

87 Dianatinasab M., Mohammadianpanah M., Daneshi N. et al. Socioeconomic factors, health behavior, and late-stage diagnosis of breast cancer: considering the impact of delay in diagnosis // *Clin Breast Cancer.* – 2018. – Vol. 18, Issue 3. – P. 239-245.

88 Tabrizi F.M. Health promoting behavior and influencing factors in Iranian breast cancer survivors // *Asian Pacific J Cancer Prev.* – 2015. – Vol. 16, Issue 5. – P. 1729-1736.

89 Abedi G., Janbabai G., Moosazadeh M. et al. Survival Rate of Breast Cancer in Iran: A Meta-Analysis // *Asian Pac J Cancer Prev.* – 2016. – Vol. 17, Issue 10. – P. 4615-4621.

90 DeSantis C.E., Ma J., Goding Sauer A. et al. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state // *CA Cancer J Clin.* – 2017. – Vol. 67, Issue 6. – P. 439-448.

91 Fann J.R., Thomas-Rich A.M., Katon W.J. et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2008. – Vol. 30, Issue 2. – P. 112-126.

92 Khodaveirdyzadeh R., Rahimi R., Rahmani A. et al. Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients // *Asian Pacific J Cancer Prev.* – 2016. – Vol. 17. – P. 4095-4099.

93 Group A.S. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low-and

- middle-income countries // *BMC Med.* – 2017. – Vol. 15, Issue 1. – P. 10-1-10-14.
- 94 Shrestha J.S., Shrestha A., Sapkota A. et al. Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients // *Cancer Rep Rev.* – 2017. – Vol. 1, Issue 2. – P. 1-5.
- 95 Popoola A.O., Adewuya A.O. Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria // *Psychooncology.* – 2012. – Vol. 21, Issue 6. – P. 675-679.
- 96 Kagee A., Roomaney R., Knoll N. Psychosocial predictors of distress and depression among South African breast cancer patients // *Psychooncology.* – 2018. – Vol. 27, Issue 3. – P. 908-914.
- 97 Opoku S.Y., Benwell M., Yarney J. Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and breast cancer screening practices in Ghana, West Africa // *Pan Afr Med J.* – 2012. – Vol. 11. – P. 28-1-28-8.
- 98 So W.K.W., Marsh G., Ling W.M. et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy // *Eur J Oncol Nurs.* – 2010. – Vol. 14, Issue 1. – P. 17-22.
- 99 Ho S.S.M., So W.K.W., Leung D.Y.P. et al. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation // *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* – 2013. – Vol. 17, Issue 6. – P. 877-882.
- 100 Osborne R.H., Elsworth G.R., Hopper J.L. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry // *Eur J Cancer.* – 2003. – Vol. 39, Issue 6. – P. 755-762.
- 101 Hill J., Holcombe C., Clark L. et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer // *Psychol Med.* – 2011. – Vol. 41, Issue 7. – P. 1429-1436.
- 102 Karakoyun-Celik O., Gorken I., Sahin S. et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.* – 2010. – 27, Issue 1. – P. 108-113.
- 103 Dastan N.B., Buzlu S. Depressive Vol. on and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors // *Asian Pac J Cancer Prev.* – 2011. – Vol. 12, Issue 1. – P. 137-141.
- 104 Jacob L., Kalder M., Kostev K. Incidence of depression and anxiety among women newly diagnosed with breast or genital organ cancer in Germany // *Psychooncology.* – 2017. – Vol. 26, Issue 10. – P. 1535-1540.
- 105 Reuter K., Classen C.C., Roscoe J.A. et al. Association of coping style, pain, age and depression with fatigue in women with primary breast cancer // *Psychooncology J Psychol Soc Behav Dimens Cancer.* – 2006. – Vol. 15, Issue 9. – 772-779.
- 106 Obama B. United States health care reform: progress to date and next steps // *Jama.* – 2016. – Vol. 316, Issue 5. – P. 525-532.
- 107 Kusch M., Labouvie H., Schiewer V. et al. Integrated, cross-sectoral psychooncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany

- // BMC Health Serv Res. – 2022. – Vol. 22, Issue 1. – P. 543-1-543-34.
- 108 Dixit S.K., Sambasivan M. A review of the Australian healthcare system: A policy perspective // SAGE open Med. – 2018. – Vol. 6. – P. 1-12.
- 109 Grassi L., Fujisawa D., Odyio P. et al. Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psychooncology Societies // Psychooncology. – 2016. – Vol. 25, Issue 10. – P. 1127-1136.
- 110 Subramaniam S., Kong Y., Chinna K. et al. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in a middle-income country // Psychooncology. – 2018. – Vol. 27, Issue 9. – P. 2172-2179.
- 111 Hahn E.E., Munoz-Plaza C.E., Pounds D. et al. Effect of a Community-Based Medical Oncology Depression Screening Program on Behavioral Health Referrals Among Patients With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial // JAMA. – 2022. – Vol. 327, Issue 1. – P. 41-49.
- 112 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №7 “Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь”: утв. 27 февраля 2017 года, №40 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700014943>. 04.08.2021.
- 113 Алтынбеков С., Распопова Н.И., Нуркатов Е.М. и др. Клинический протокол диагностики и лечения тревожных расстройств. – Алматы, 2015. – 15 с.
- 114 Алтынбеков С., Джолдыгулов Г.А., Нуркатов Е.М. и др. Клинический протокол диагностики и лечения депрессии без психотических симптомов. – Алматы, 2015. – 12 с.
- 115 Hoy D., Brooks P., Woolf A. et al. Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement // J Clin Epidemiol. – 2012. – Vol. 65, Issue 9. – P. 934-939.
- 116 Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // Spine (Phila Pa 1976). – 2000. – Vol. 25, Issue 24. – P. 3186-3191.
- 117 Zimmerman M., Martinez J.H., Young D. et al. Severity classification on the Hamilton depression rating scale // J Affect Disord. – 2013. – Vol. 150, Issue 2. – P. 384-388.
- 118 Алтынбеков К., Жусупова Е, Логачева Е. и др. Клинический протокол диагностики и лечения депрессии с психотическими симптомами. – Алматы, 2015. – 14 с.
- 119 Müller R., Büttner P. A critical discussion of intraclass correlation coefficients // Stat Med. – 1994. – Vol. 13. – P. 2465-76.
- 120 Koo T.K., Li M.Y. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research // J Chiropr Med. – 2016. – Vol. 15, Issue 2. – P. 155-163.
- 121 Tavakol M., Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha // Int J Med Educ. – 2011. – Vol. 2. – P. 53-55.
- 122 Purkayastha D., Venkateswaran C., Nayar K. et al. Prevalence of Depression

in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study // *Indian J Palliat Care.* – 2017. – Vol. 23, Issue 3. – P. 268-273.

123 Fulton C.L. The physical and psychological symptoms experienced by patients with metastatic breast cancer before death // *Eur J Cancer Care (Engl).* – 1997. – Vol. 6, Issue 4. – P. 262-266.

124 Alfano A.C.C., Paiva C.E., Rugno F.C. et al. Biologically based therapies are commonly self-prescribed by Brazilian women for the treatment of advanced breast cancer or its symptoms // *Support Care Cancer.* – 2014. – Vol. 22, Issue 5. – P. 1303-1311.

125 Dragomir B.-I., Fodoreanu L. Correlations between state anxiety and quality of life in metastatic breast cancer patients // *Medical-Surgical J.* – 2013. – Vol. 117, Issue 3. – P. 610-615.

126 Fulton C. The prevalence and detection of psychiatric morbidity in patients with metastatic breast cancer // *Eur J Cancer Care.* – 1998. – Vol. 7. – P. 232-239.

127 Hopwood P., Howell A., Maguire P. Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast - prevalence measured by 2 self-rating questionnaires // *Br J Cancer.* – 1991. – Vol. 64, Issue 2. – P. 349-352.

128 Hopwood P., Howell A., Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires // *Br J Cancer.* – 1991. – Vol. 64, Issue 2. – P. 353-356.

129 Jehn C.F., Flath B., Strux A. et al. Influence of age, performance status, cancer activity, and IL-6 on anxiety and depression in patients with metastatic breast cancer // *Breast Cancer Res Treat.* – 2012. – Vol. 136, Issue 3. – P. 789-794.

130 Okamura M., Yamawaki S. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life // *Jpn J Clin Oncol.* – 2005. – Vol. 35, Issue 6. – P. 302-309.

131 Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors // *Breast Cancer Res Treat.* – 2000. – Vol. 61, Issue 2. – P. 131-137.

132 Pinder K.L., Ramírez A.J., Black M.E et al. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors // *Eur J Cancer.* – 1993. – Vol. 29A, Issue 4. – P. 524-527.

133 Kenne Sarenmalm E., Öhlén J., Jonsson T. et al. Coping with Recurrent Breast Cancer: Predictors of Distressing Symptoms and Health-Related Quality of Life // *J Pain Symptom Manage.* – 2007. – Vol. 34, Issue 1. – P. 24-39.

134 Shin J.A., El-Jawahri A., Parkes A. et al. Quality of life, mood, and prognostic understanding in patients with metastatic breast cancer // *J Palliat Med.* – 2016. – Vol. 19, Issue 8. – P. 863-869.

135 Uchida M., Akechi T., Okuyama T. et al. Patients' Supportive Care Needs and Psychological Distress in Advanced Breast Cancer Patients in Japan // *Jpn J Clin Oncol.* – 2011. – Vol. 41, Issue 4. – P. 530-536.

136 Brothers B.M., Andersen B.L. Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence // *Psychooncology.* – 2009.

– Vol. 18, Issue 3. – P. 267-275.

137 Guo X., Xu J. et al. Correlation between hormone receptor status and depressive symptoms in patients with metastatic breast cancer // *Oncotarget*. – 2017. – Vol. 8, Issue 31. – P. 50774-50781.

138 Keuroghlian A.S., Butler L.D., Neri E. et al. Hypnotizability, posttraumatic stress, and depressive symptoms in metastatic breast cancer // *Int J Clin Exp Hypn*. – 2010. – Vol. 58, Issue 1. – P. 39-52.

139 Kokkonen K., Saarto T., Makinen T. et al. The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer // *Breast Cancer*. – 2017. – Vol. 24, Issue 1. – P. 128-136.

140 Low C.A., Stanton A.L. Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer // *Health Psychology*. – 2015. – Vol. 34, Issue 1. – P. 89-92.

141 Milbury K., Badr H. Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer // *Psychooncology*. – 2013. – Vol. 22, Issue 4. – P. 814-822.

142 Slovacek L., Slovackova B., Slanska I. et al. Depression symptoms and health-related quality of life among patients with metastatic breast cancer in programme of palliative cancer care // *Neoplasma*. – 2009. – Vol. 56, Issue 6. – P. 467-472.

143 Karibayeva I., Turdaliyeva B., Zainal N.Z. et al. The prevalence of depression symptoms among advanced breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis // *Arch Balk Med Union*. – 2020. – Vol. 55, Issue 4. – P. 651-660.

144 Turdaliyeva B., Karibayeva I., Bagiyarova F. et al. Prevalence and Associated Factors of Depression Symptoms in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer in Kazakhstan // *Asian Pacific J Cancer Prev*. – 2022. – Vol. 23, Issue 7. – P. 2483-2489.

145 Karibayeva I., Turdaliyeva B., Zainal N.Z. et al. Prevalence of Anxiety Symptoms in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer in Kazakhstan and its Associated Factors // *Asian Pacific J Cancer Prev*. – 2022. – Vol. 23. – P. 2813-2819.

146 Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина “Здоровая нация”: национ. проект // <https://admin.primeminister.kz>. 14.09.2021.

147 Summary of the clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts / Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders // *Am Psychol*. – 2022. – Vol. 77, Issue 6. – P. 770-780.

148 Jobst A., Brakemeier E.-L., Buchheim A. et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe // *Eur Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3, Issue 1. – P. 18-36.

149 Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // *Behav Cogn Psychother*. – 1983. – Vol. 11, Issue 2. – P. 147-172.

150 Miller W.R., Rose G.S. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. – 2009. – Vol. 64, Issue 6. – P. 527-537.

151 Treasure J. Motivational interviewing // *Adv Psychiatr Treat*. – 2004. – Vol. 10, Issue 5. – P. 331-337.

152 Hall K., Gibbie T., Lubman D.I. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting // *Aust Fam Physician*. – 2012. – Vol. 41, Issue 9. – P. 660-667.

153 А.С. 28606 РК. Метод применения мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы / И. Кармбаева, Ф. Багиярова, С. Мадалиева и др.; опубл. 29.07.22.

154 Lewis-Smith H., Diedrichs P.C., Rumsey N. et al. Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review // *Psychooncology*. – 2018. – Vol. 27, Issue 12. – P. 2687-2699.

155 Casellas-Grau A., Font A., Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review // *Psychooncology*. – 2014. – Vol. 23, Issue 1. – P. 9-19.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкеты для пациентов на русском и казахском языках используемые в исследовании

Опросник 1

Название исследования: «Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности симптомов тревожности и депрессии у женщин с диагностированным раком молочной железы»

Часть 1

ФИО (по желанию) _____

Дата рождения: _____

Место постоянного проживания (укажите только название населенного пункта, например, г. Алматы, Алматинская область пос. Утеген Батыр и т.д.)

Уровень образования:

- среднее;
- среднее техническое;
- среднее специальное;
- неполное высшее;
- высшее.

Социальный статус:

- работающий;
- неработающий;
- учащийся, студент;
- пенсионер;
- инвалид;
- индивидуальный предприниматель.

Ежемесячный семейный доход:

- менее 70 000 тг.;
- 71 000 - 140 000 тг.;
- 141 000 – 240 000 тг.;
- 241 000 – 400 000 тг.;
- 401 000 тг. и выше.

Семейное положение:

- незамужем;
- замужем;
- разведена;
- вдова;
- состою в незарегистрированном браке.

Количество детей: _____

Есть ли у вас человек, который вам оказывает поддержку:

- да;
- нет.

Если есть человек, который вам оказывает поддержку, можете ли вы полностью положиться на данного человека?

- да;
- нет.

Потребление алкоголя:

- да;
- нет.

Курение:

- сигареты;
- электронные сигареты;
- не курю.

Физические упражнения:

- 3 раза в неделю;
- несколько раз в месяц;
- очень редко;
- нет.

Опросник 1. Часть II.

Клинический диагноз:

- односторонний РМЖ;
- двухсторонний РМЖ.

Гистопатологический диагноз:

- инвазивная протоковая карцинома;
- инвазивная лобулярная карцинома;
- малодифференциальный аденокарцинома;
- другое.

Дата диагноза: (дд.мм.гггг) _____ -

Вид операции:

- мастэктомия;
- лампэктомия.

Адъювантная терапия:

- химиотерапия;
- лучевая терапия;
- химиотерапия и лучевая терапия.

Стадия заболевания:

- I;
- II;
- III;
- IV.

1-сауалнама

Зерттеу тақырыбы: «Сүт безінің қатерлі ісігі диагнозы жаңа қойылған әйелдерде мазасыздану және депрессия белгілері таралуының клиникалық-эпидемиологиялық аспектілері».

1 бөлім

1. Аты-жөніңіз (толтыру міндетті емес)_____

2. Туған күніңіз:_____

3. Тұрақты тұратын жеріңіз (тек елді мекеннің атауын көрсетіңіз, мысалы, Алматы қаласы, Алматы облысы Өтеген батыр ауылы т.б.)

Білім деңгейіңіз:

- орташа;
- орташа техникалық;
- орта арнаулы;
- аяқталмаған жоғары;
- жоғары.

Әлеуметтік жағдайыңыз:

- жұмыс істеймін;
- жұмыссыз;
- оқушы, студент;
- зейнеткер;
- мүгедек;
- жеке кәсіпкер.

Отбасыңыздың айлық табысы

- 70 000 тг-дан аз;
- 71 000 - 140 000 тг.;
- 141 000 - 240 000 тг.;
- 241 000 - 400 000 теңге;
- 401 000 тг және одан жоғары.

Отбасы жағдайыңыз

- тұрмыс құрмаған;
- тұрмыста;
- ажырасқан;
- жесір;
- тіркелмеген некеде.

Қанша балаңыз бар:

Жаныңызда қолдау көрсететін тұлға бар ма?

- жоқ;
- иә.

10. Қолдау көрсететін тұлға болса, оған барынша сене аласыз ба:?

- жоқ;
- иә.

11. Алкогольді тұтыну:

- жоқ;

- иә.

12. Шылым шегу

- темекі;
- электрондық темекі;
- темекі шекпеймін.

13. Жаттығу

- аптасына 3 рет;
- айына бірнеше рет;
- өте сирек;
- жоқ.

I-сауалнама.

II бөлім

Клиникалық диагноз:

- бір жақты СБҚІ;
- екі жақты СБҚІ.

Гистопатологиялық диагноз:

- инвазивті түтікті карцинома;
- инвазивті лобулярлы карцинома.
- аз дифференцияланған аденокарцинома;
- басқа

Диагноз қойылған күн: (кк.аа.жжжж) _____

Жасалған отаның түрі:

- мастэктомия;
- лампэктомия.

Адьювантты терапия:

- химиотерапия;
- сәулелі терапия;
- химиотерапия және сәулелі терапия.

Ісіктің кезеңі:

- I;
- II;
- III;
- IV.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета для пациентов на русском и казахском языках Шкала Тревожности Бека и Шкала Депрессии Бека



Төменде мазасыздықтың ең жиі кездесетін белгілері берілген. Әр бөлімді мұқият оқып шығыңыз. Өткен аптада, оның ішінде бүгінгі күнді есептегенде әр симптомға қаншалықты алаңдағаныңызды көрсетіңіз және әр симптомның тиісті бағанына X белгісін қойыңыз.

	Болған жоқ	Аздап Бұл мені қатты мазалаған жоқ	Орташа Жағымсыз болғанымен, бірақ бұған шыдау мүмкін	Қатты Бұған шыдау мүмкін емес
1. Ұю немесе шаншу сезімі				
2. Қызыну сезімі				
3. Аяқтағы тәлтіректеушілік				
4. Тынығуға қабілетсіздік				
5. Жаман жағдай болады деп қорқу				
6. Бас айналу				
7. Жүрек қағысының жиілеуі				
8. Тұрақсыздық				
9. Қорқыныш сезімі				
10. Жүйкенің тозуы				
11. Тұншығу сезімі				
12. Қолдың дірілдеуі				
13. Жүрістің тәлтіректеуі				
14. Басқаруды жоғалту қорқынышы				
15. Тыныс алудың қиындауы				
16. Өлімнен қорқу				
17. Шошыну				
18. Дәреттің бұзылуы немесе іштегі ыңғайсыздық				
19. Есінен тану				
20. Бет терісінің қызуы				
21. Терлегіштік (айналадағы температураға байланысты емес)				

PEARSON

Ниже представлены наиболее частые симптомы тревожности. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт. Укажите, насколько вы были обеспокоены каждым симптомом в течение прошлой недели, включая сегодняшний день, отметив X в соответствующей колонке каждого симптома.

	Нисколько	Слегка Это меня сильно не беспокоило	Умеренно Это было неприятно, но терпимо	Сильно Это было невыносимо
1. Онемение или покалывание				
2. Чувство жара				
3. Шаткость в ногах				
4. Невозможность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Ощущение удушья				
12. Дрожание рук				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				
17. Испуг				
18. Расстройство желудка или дискомфорт в животе				
19. Потеря сознания				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Аты-жөніңіз: _____

Отбасылық жағдайыңыз: _____

Тегіңіз: _____ Білім деңгейіңіз: _____

Жасыңыз: _____

Кәсібіңіз: _____

Бұл сауалнамада 21 топ тұжырым бар. Әр топты мұқият оқып шығып, соңғы екі аптадағы, соның ішінде бүгінгі күнгі жағдайыңызға ең жақын бір тұжырымды таңдаңыз. Сіз таңдаған тұжырымның нұсқауын дөңгелектеп белгілеңіз. Егер топтағы бірнеше тұжырым сіздің жағдайыңызды бірдей жақсы сипаттаса, онда сол топ үшін ең жоғары мәнді дөңгелектеңіз. Әр топ үшін бір ғана нұсқаудан, оның ішінде 16 тармақта (ұйқы тәртібіндегі өзгерістер) және 18 тармақта (тәбеттің өзгеруі), бір жауап таңдағаныңызға көз жеткізіңіз.

1. Қайғы (мұң):

- 0) менің қайғым жоқ;
 1) мен көбіне қайғырамын;
 2) мен әрдайым қайғырып тұрамын;
 3) менің бақытсыз, қайғылы екенім соншалық, одан әрі шыдау мүмкін емес.

2. Пессимизм:

- 0) мен болашағым үшін алаңдамаймын;
 1) мен болашағымға бұрынғыдан гөрі көбірек алаңдаймын;
 2) мен жетістікке жетемін деп ойламаймын;
 3) меніңше, барлығы үмітсіз және болашақта тек нашарлай түседі.

3. Өткен өміріңізді бағаңыз:

- 0) мен өзімді сәтсіз адам деп есптемеймін;
 1) негізінде сәтсіздіктер аздау болуы да мүмкін еді;
 2) өткенімді саралап, бірқатар сәтсіздіктерді бастан кешіргенімді көремін;
 3) мен жеке тұлға ретінде қалыптаса алмадым.

4. Қанағаттанудың жоғалуы:

- 0) маған өмір мен айналадағылардың бәрі бұрынғыдай ұнайды;
 1) бұрын маған ұнайтын нәрселердің бәрі енді мені азырақ қызықтырады;
 2) бұрын маған ұнайтын нәрселердің бәрі енді мені мүлдем қызықтырмай қалды;
 3) мен бұрын ұнатқан нәрселерден рақат ала алмаймын.

5. Кінә:

- 0) мен өзімді кінәлі сезінбеймін;
 1) кейде мен жасаған іс-әрекеттерім үшін немесе оларды жасауға міндетті болғаным үшін өзімді кінәлі сезінемін;
 2) мен өзімді көбіне кінәлі сезінемін;
 3) мен әрқашан өзімді кінәлі сезінемін.

6. Жаза сезімі:

- 0) мен өзімді жазаланғандай сезінбеймін;
 1) мені жазалауы мүмкін екендігін түсінемін;
 2) мен өзімнің жазалануымды күтемін;
 3) мен өзімнің жазаланғанымды сезінемін

7. Өз-өзін ұнатпау:

- 0) менің өзіме деген арақатынасым бұрынғыдай;
 1) мен өзіме деген сенімділікті жоғалттым;
 2) менің өзімнен көңілім қалды;
 3) мен өзімді ұнатпаймын (жақсы көрмеймін).

8. Өзін-өзі сынға алу:

- 0) мен өзімді сынамаймын;
 1) мен өзімді бұрынғыдан көп сынамаймын;
 2) мен барлық кемшіліктерім үшін өзімді қатты сынамаймын;
 3) мен айналамызда болып жатқан барлық жаман істер үшін өзімді кінәлаймын.

9. Суицидтік ойлар

- 0) өз-өзіме қол жұмсау туралы ойлар маған келмейді;
 1) менде суицид туралы ойлар бар, бірақ мен оны ешқашан іске асыра алмаймын;
 2) мен өзіме қол жұмсағым келеді;
 3) егер мүмкіндігім болса өзіме қол жұмсар едім.

10. Жылауықтық:

- 0) мен әдеттегіден көп жыламаймын;
 1) қазір мен бұрынғыға қарағанда жиі жылаймын;
 2) мен үнемі жылаймын;
 3) жылағым келсе де, жылай алмаймын.

11. *Толқу:*
 0) менің мазасыздануым мен толқуым әдет тегідей;
 1) мен бұрынғыдан гөрі жиірек толқып маза сызданамын;
 2) менің мазасызданып толқитыным соншалықты, бір орында ұзақ тұру мүмкін емес;
 3) менің мазасызданып толқитыным соншалықты, мен әрдайым қозғалыста болуым керек немесе үздіксіз бір іспен айналысуым қажет.
12. *Қызығушылықты жоғалту:*
 0) мен басқа адамдарға немесе қызметіме деген қызығушылығымды жоғалтқан жоқпын;
 1) мен басқа адамдарға бұрынғыдан гөрі азырақ қызығушылық танытамын;
 2) мен басқа адамдарға деген қызығушылықты жоғалта бастадым;
 3) мен басқа адамдарға деген қызығушылықты мүлдем жоғалттым.
13. *Шешім қабылдау қиындығы:*
 0) мен әдеттегідей шешім қабылдай аламын;
 1) маған шешім қабылдау әдеттегіден қиын;
 2) маған шешім қабылдау бұрынғыға қарағанда әлдеқайда қиын;
 3) мен шешім қабылдай алмаймын.
14. *Пайдасыздық:*
 0) мен өзімді түкке тұрғысыз сезінбеймін;
 1) мен өзімді бұрынғыдай пайдалы деп санамаймын;
 2) басқа адамдармен салыстырғанда өзімді пайдасыз сезінемін;
 3) мен өзімді түкке тұрғысыз сезінемін.
15. *Энергияны жоғалту:*
 0) мені өзімді үнем жігерлі сезінемін
 1) менде бұрынғыға қарағанда энергия аз
 2) бірдеңе жасау үшін маған өзімді мәжбүрлеуге тура келеді
 3) мен ештеңе істей алмаймын.
16. *Ұйқы тәртібіндегі өзгерістер:*
 0) Ұйқы тәртібінде өзгерістер жоқ _____;
 1a) мен әдеттегіден көп ұйықтаймын;
 1b) мен әдеттегіден аз ұйықтаймын _____;
 2a) мен әдеттегіден әлдеқайда көп ұйықтаймын;
 2b) мен әдеттегіден әлдеқайда аз ұйықтаймын;
 3a) мен күннің көп бөлігін ұйықтаймын;
 3b) мен әдеттегіден 1-2 сағат бұрын оянып, қайтадан ұйықтай алмаймын.

17. *Ашуланшақтық:*
 0) мен әдеттегіден көп ашуланбаймын;
 1) мен әдеттегімен салыстырғанда ашуланшақпын;
 2) мен әдеттегімен салыстырғанда көбірек ашуланамын;
 3) мен үнемі ашуланшақпын.
18. *Тәбетің өзгеруі:*
 0) тәбетім өзгермеген _____;
 1a) тәбетім аздап төмендеді;
 1b) тәбетім біршама жоғарылады _____;
 2a) тәбетім айтарлықтай төмендеді;
 2b) тәбетім айтарлықтай жоғарылады _____;
 3a) менің мүлдем тәбетім жоқ;
 3b) мен әрқашан тамақтанғым келіп тұрады.
19. *Назар аударуды шоғырландыру дағы қиындықтар:*
 0) менің бір нәрсеге назар аудару қабілетім әдеттегідей;
 1) менің бір нәрсеге назар аударуым әдеттегіге қарағанда нашар;
 2) бір нәрсеге ұзақ уақыт бойы назар аударуым қиын;
 3) мен ештеңеге көңіл аударма алмаймын.
20. *Шаршаңдық:*
 0) мен әдеттегіден көп шаршаймаймын;
 1) мен әдеттегіден көп шаршаймын;
 2) мен бұрын жасап жүрген тірліктерден өте қатты шаршаймын;
 3) менің ешнәрсе қауқарым жоқ.
21. *Жыныстық қатынасқа қызығушылық:*
 0) менің жыныстық қатынасқа қызығушылығымда ешқандай өзгеріс жоқ;
 1) мені жақындық әдеттегідей қызықтырмайды;
 2) мені жақындық әдеттегіден әлдеқайда аз қызықтырады;
 3) мен жақындыққа деген қызығушылығымды мүлдем жоғалттым.

Данный опросник содержит 21 группу утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу, и выберите одно утверждение, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедшие две недели, включая сегодняшний день. Обведите номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите утверждение с наибольшим значением для этой группы. Убедитесь, что вы выбрали не более одного утверждения для каждой группы, включая пункт 16 (изменения в режиме сна) и пункт 18 (изменения аппетита).

<p>22. <i>Печаль:</i> 0) мне не грустно; 1) мне грустно большую часть времени; 2) мне все время грустно; 3) я настолько несчастна и опечалена, что не могу этого вынести</p> <p>23. <i>Пессимизм:</i> 0) я не тревожусь о своем будущем; 1) я тревожусь о будущем больше, чем раньше; 2) я не ожидаю, что у меня все получится; 3) мне кажется, что все безнадежно, и будет только хуже;</p> <p>24. <i>Оценка прошлого:</i> 0) я не считаю себя неудачником; 1) провалов могло бы быть и меньше; 2) оглядываясь назад, я вижу череду неудач; 3) я чувствую, что я не состоялась как личность.</p> <p>25. <i>Потеря удовлетворения:</i> 0) я наслаждаюсь жизнью и всем что меня окружает, как и прежде; 1) все что радовало меня раньше, сейчас радует меня меньше; 2) я получаю очень мало удовольствия от вещей, которыми раньше наслаждалась; 3) я не могу получить никакого удовольствия от вещей, которыми раньше наслаждалась.</p> <p>26. <i>Чувство вины</i> 0) меня не мучает чувство вины; 1) меня иногда посещает чувство вины, за то, что я сделала или должна была сделать; 2) я чувствую себя виноватой большую часть времени; 3) я всегда чувствую себя виноватой.</p>	<p>27. <i>Чувство наказания:</i> 0) мне не кажется, что меня наказывают; 1) я чувствую, что могу быть наказана; 2) я ожидаю наказания; 3) я чувствую, что меня наказывают.</p> <p>28. <i>Нелюбовь к себе:</i> 0) я отношусь к себе так же, как и прежде; 1) я потеряла уверенность в себе; 2) я разочарована в себе; 3) я не люблю себя.</p> <p>29. <i>Самокритика:</i> 0) я не критикую себя; 1) я критикую себя больше, чем раньше; 2) я критикую себя за все свои недостатки; 3) я виню себя за все плохое, что происходит вокруг.</p> <p>30. <i>Суицидальные мысли:</i> 0) мысли о самоубийстве меня не посещают; 1) у меня появляются мысли о самоубийстве, но я никогда не смогу этого сделать; 2) я хотела бы покончить с собой; 3) я бы убила себя, если бы представился случай.</p> <p>31. <i>Плаксивость:</i> 0) я плачу не больше чем обычно; 1) сейчас я плачу чаще, чем раньше; 2) теперь я все время плачу; 3) я хочу плакать, но не могу.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

32. *Возбужденность:*
 0) Я беспокойна или возбуждена не более, чем обычно;
 1) Я чувствую себя более возбужденной, чем раньше;
 2) Я так обеспокоена и возбуждена, что трудно оставаться на месте;
 3) Я так обеспокоена и возбуждена, что должна продолжать двигаться или что-то делать.

33. *Потеря интереса:*
 0) Я не потеряла интерес к другим людям или деятельности;
 1) Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше;
 2) Я почти потеряла интерес к другим людям;
 3) Я полностью утратила интерес к другим людям.

34. *Не решительность:*
 0) Я способна принимать решения так же, как всегда;
 1) Мне труднее принимать решения, чем обычно;
 2) Сейчас мне гораздо сложнее принять решение, чем раньше;
 3) Я больше не могу принимать решения.

35. *Бесполезность:*
 0) Я не чувствую себя бесполезной;
 1) Я не считаю себя стоящей и полезной, как раньше;
 2) Я чувствую себя более бесполезной, по сравнению с другими людьми;
 3) Я чувствую себя совершенно бесполезной.

36. *Потеря энергии:*
 0) Я всегда чувствую себя энергично;
 1) У меня меньше энергии, чем раньше;
 2) Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать;
 3) Я вообще не могу что-либо делать.

37. *Изменения в режиме сна:*
 0) Нет изменений в режиме сна _____;
 1а) Я сплю больше чем обычно;
 1б) Я сплю меньше чем обычно _____;
 2а) Я сплю намного больше чем обычно;
 2б) Я сплю намного меньше чем обычно _____;
 3а) Я сплю большую часть дня;
 3б) Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше и не могу снова заснуть.

38. *Раздражительность:*
 0) Я не более раздражительна, чем обычно;
 1) Я более раздражительна, чем обычно;
 2) Я намного раздражительна, чем обычно;
 3) Я все время раздражена.

39. *Изменения аппетита:*
 0) У меня нет изменения аппетита _____;
 1а) Аппетит немного снизился;
 1б) Аппетит немного повысился _____;
 2а) Аппетит намного снизился;
 2б) Аппетит намного повысился _____;
 3а) У меня совсем нет аппетита;
 3б) Я все время хочу есть.

40. *Сложности в концентрации:*
 0) Я концентрируюсь так же, как и обычно;
 1) Я концентрируюсь хуже, чем обычно;
 2) Мне сложно длительно концентрироваться на чем-то одном;
 3) Я не могу сконцентрироваться ни на чем.

41. *Усталость:*
 0) Я устаю не больше, чем обычно;
 1) Я устаю больше, чем обычно;
 2) Я очень сильно устаю чтобы сделать большинство вещей, которые я раньше делала;
 3) Я чувствую себя очень уставшей, чтобы что-либо делать.

42. *Интерес к интимной близости:*
 0) Я не замечала каких-либо изменений в моих сексуальных интересах;
 1) Меня интимная близость интересует меньше, чем обычно;
 2) Меня интимная близость интересует намного меньше, чем обычно;
 3) Я совершенно утратила интерес к интимной близости.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Авторское свидетельство

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ
№ 28096 от «29» июля 2022 года

Фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**КАРИБАЕВА ПИЛПЕА АБИЛЬБАЕВНА, Мустафина Сания Хакимовна, Турдалиева Бегиза Сагитовна,
Кусибинова Динара Нуртасовна, Бақырзина Фатима Арыстановна**

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **Метод применения мотивационного интервала для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы**

Дата создания объекта: **13.07.2022**



Копия свидетельства размещена на официальном сайте Республики Казахстан «Ақпараттық құқық» Белгилісіз желісіне бойынша <http://kaduipright.kazakhstan.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте kaduipright.kz
и разделе «Авторское право» <http://copyright.kadupright.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Акт
внедрения Методических рекомендаций по применению
мотивационного интервью для увеличения физической активности
пациентов с раком молочной железы в Казахском Научно-
Исследовательском Институте Онкологии и Радиологии

Наименование предложения: внедрение методических рекомендаций «Метод применения мотивационного интервью для увеличения физической активности пациентов с раком молочной железы» (Свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом № 28096 от «29» июля 2022 года Дата создания объекта: 13.07.2022 – Приложение к Акту внедрения)

Авторы методических рекомендаций: Карибаева И.А. – Ph.D. докторант КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Багиярова Ф.А. – зав. кафедрой коммуникативных навыков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Мадалиева С.Х. – преподаватель кафедры коммуникативных навыков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Турдалиева Б.С. – проф., ректор Казахстанского Медицинского Университета «ВШОЗ», Кусайнова Д.Н. - руководитель отдела психолого-социальной службы КазНИИОиР, Багиярова Ф.А. - зав. кафедрой коммуникативных навыков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Эффективность внедрения: мотивационное интервью является эффективной методикой применяемой при проведении консультации пациентов с раком молочной железы, направленной на формирование навыков мотивирования пациентов с раком молочной железы для увеличения их физической активности.

Область применения: при проведении консультации пациентов с раком молочной железы, с целью психологической поддержки пациентов при работе с амбивалентностью и принятии решения в сторону увеличения физической активности.

Ответственные за внедрение: Карибаева И.А. - Ph.D. докторант КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Кусайнова Д.Н. - руководитель отдела психолого-социальной службы КазНИИОиР, Толегенова А.Б. – специалист психолог КазНИИОиР, Бекхожанова М.А. - специалист психолог КазНИИОиР

Срок внедрения: 2022 год.

Ответственные за внедрение:



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Стратегия поиска для систематического обзора

Search strategy

Таблица В.1 – Title: Global prevalence of depression among patients with advanced breast cancer: a systematic review and meta-analysis

PubMed	Web of Science	Science direct	Google Scholar
depression advanced breast cancer 274 depression metastatic breast cancer 434 depression recurrent breast cancer 97 Filters: Species: Human; Languages: English	depres* advanced breast cancer 534 depres* metastatic breast cancer 409 depres* recurrent breast cancer 114 depres* advanced breast neoplasm 27 depres* metastatic breast neoplasm 12 depres* recurrent breast neoplasm 1 depres* advanced breast tumor 104 depres* metastatic breast tumor 109 depres* recurrent breast tumor 14 Search in <i>TOPIC</i> (Searches title, abstract, author keywords, and Keywords Plus.) Filters: Document type: Article	depres* advanced breast cancer 218 depres* metastatic breast cancer 152 depres* recurrent breast cancer 169 depres* advanced breast neoplasm 79 depres* metastatic breast neoplasm 68 depres* recurrent breast neoplasm 76 depres* advanced breast tumor 163 depres* metastatic breast tumor 130 depres* recurrent breast tumor 137 Search in <i>TITLE ABSTRACT KEYWORD</i> Filters: Article Types: Research Articles	“advanced breast cancer” “depression” 3 “metastatic breast cancer” “depression” 24 “recurrent breast cancer” “depression” 0 Advanced Search: in the Title Filters: Exclude citations Exclude patents Languages: English “advanced breast neoplasm” “depression” 5 “metastatic breast neoplasm” “depression” 70 “recurrent breast neoplasm” “depression” 3 “advanced breast tumor” “depression” 0 “metastatic breast tumor” “depression” 2 “recurrent breast tumor” “depression” 2 Advanced Search: Anywhere in the text Filters: Exclude citations Exclude patents Languages: English

Search strategy

Таблица В.2 – Title: Global prevalence of anxiety among patients with advanced breast cancer: a systematic review and meta-analysis

PubMed	Web of Science	Science direct	Google Scholar
<p>anxiety advanced breast cancer anxiety metastatic breast cancer anxiety recurrent breast cancer Filters: Species: Human; Languages: English</p>	<p>anxiety advanced breast cancer anxiety metastatic breast cancer anxiety recurrent breast cancer anxiety advanced breast neoplasm anxiety metastatic breast neoplasm anxiety recurrent breast neoplasm anxiety advanced breast tumor anxiety metastatic breast tumor anxiety recurrent breast tumor</p> <p>Search in <i>TOPIC</i> (Searches title, abstract, author keywords, and Keywords Plus.) Filters: Document type: Article</p>	<p>anxiety advanced breast cancer anxiety metastatic breast cancer anxiety recurrent breast cancer anxiety advanced breast neoplasm anxiety metastatic breast neoplasm anxiety recurrent breast neoplasm anxiety advanced breast tumor anxiety metastatic breast tumor anxiety recurrent breast tumor</p> <p>Search in TITLE ABSTRACT KEYWORD Filters: Article Types: Research Articles</p>	<p>“advanced breast cancer” “anxiety” “metastatic breast cancer” “anxiety” “recurrent breast cancer” “anxiety” Advanced Search: in the Title Filters: Exclude citations Exclude patents Languages: English “advanced breast neoplasm” “anxiety” “metastatic breast neoplasm” “anxiety” “recurrent breast neoplasm” “anxiety” “advanced breast tumor” “anxiety” “metastatic breast tumor” “anxiety” “recurrent breast tumor” “anxiety” Advanced Search: Anywhere in the text Filters: Exclude citations Exclude patents Languages: English</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

ШАБЛОН РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Наименование дисциплины компонента по выбору:
«Специализированные коммуникативные навыки в онкослужбе»

Общее количество часов: *108 часов*

Лекций: *12 часов*

Семинарские занятия: *18 часов*

Практические занятия: *42 часов*

Самостоятельная работа слушателя: *36 часов*

Форма контроля: *зачет*

Алматы, 2022 г.

Цели и задачи дисциплины.

Цель дисциплины: формирование компетентности специалиста по оказанию психологической и психотерапевтической помощи пациенту.

Ознакомить психологов и врачей разных специальностей с проблемой психологического и психотерапевтического сопровождения тяжелых соматических пациентов, а также с современными и эффективными методами психотерапевтической диагностики и помощи для данной категории больных.

Задачи изучения дисциплины

1. Формирование когнитивной компетенции: психосоматика и соматопсихика в онкопсихологии.

2. Формирование коммуникативной компетенции: понятие о коммуникативной компетенции и формирование психологической компетентности в сфере психосоматических и соматопсихических отношений в онкопсихологии.

3. Операциональные навыки: овладеть навыками проведения и организации пространства межличностного взаимодействия в онкоклинике.

4. Правовая компетенция. Развивать правовое мышление, позволяющего осуществлять правовой анализ складывающихся ситуаций и происходящих событий в межличностном взаимодействии.

5. Компетенция саморазвития. способность и готовность к самосовершенствованию, саморегулированию и самореализации развития коммуникативных навыков.

Конечные результаты обучения

Слушатель должен знать:

- об особенностях коммуникативных навыков в медицине;
- о стигме по отношению к ментальному здоровью;
- о закономерностях процесса общения, структуры, функций общения;
- об особенностях межличностного взаимодействия на разных уровнях общения;
- об организации пространства межличностного взаимодействия;
- об особенностях конфликтного взаимодействия;
- о способах разрешения конфликтного взаимодействия.

Слушатель должен уметь:

- применять базовые, системные и профессиональные коммуникативные навыки для эффективного взаимодействия с пациентами и коллегами;
- учитывать возрастные и индивидуально-психологические особенности личности при организации межличностного взаимодействия;
- проводить базовую оценку психологического состояния пациента.

Слушатель должен владеть навыками:

- эффективной коммуникации;
- проведения деловых бесед и деловых совещаний;
- проведения мотивационного интервью;
- сообщения диагноза тяжелого хронического заболевания;
- организации пространства делового взаимодействия;
- разрешения конфликтного взаимодействия.

2. Учебно-тематический план повышения квалификации по циклу:

Таблица Д.1 – Основы психотерапевтического консультирования при тяжелых психосоматических заболеваниях с введением в онкопсихологию

Темы занятий	Количество учебных часов				Всего часов
	лекций	практических занятий	семинаров	СРС	
Основы медицинской и клинической психологии. Введение в психосоматику.	2	7	3	6	18
Введение в онкопсихологию. Влияние хронического и тяжелого заболевания на психику. Коморбидные расстройства	2	7	3	6	18
Место психологии в комплексном подходе к лечению и сопровождению больных в онкологии.	2	7	3	6	18
Стигма по отношению к ментальному здоровью	2	7	3	6	18
Сообщения плохих новостей. Алгоритм сообщения плохих новостей.	2	7	3	6	18
Проведение мотивационного интервью пациентов	2	7	3	6	18
Итоговый контроль					Зачет
Итого:	12	42	18	36	108

Кесте Д.2 – 3. Тематический план лекций

Тема	Содержание	Количество часов
Основы медицинской и клинической психологии. Введение в психосоматику.	Психология личности. Теории личности в клинической психологии. Методологические основы психосоматики. Области применения психосоматики. Основные принципы и понятия психосоматики	2
Введение в онкопсихологию. Влияние хронического и тяжелого заболевания на психику. Коморбидные расстройства.	Психические заболевания в онкологии. Теоретические аспекты депрессивных расстройств. Принципы диагностики психических расстройств по МКБ10.	2
Место психологии в комплексном подходе к лечению и сопровождению больных в онкологии.	Стадии онкологического заболевания. Психологические методы и подходы в консультировании пациентов в онкопсихологии	2
Стигма по отношению к ментальному здоровью	Стигма по отношению к ментальному здоровью.	2
Сообщения плохих новостей. Алгоритм сообщения плохих новостей.	Понятие о плохой новости и неприятной новости. Техники и пути сообщения плохих новостей.	2
Проведение мотивационного интервью пациентов	Проведение мотивационного интервью пациентов	2

Всего:	12
--------	----

Таблица Д.3 – 4. Тематический план семинаров

Наименование тем семинарских занятий	Краткое содержание	Количество часов
Основы медицинской и клинической психологии. Введение в психосоматику.	Психологические методы и подходы в консультировании пациентов с психосоматическими расстройствами. Диагностика психосоматических расстройств.	3
Введение в онкопсихологию. Влияние хронического и тяжелого заболевания на психику. Коморбидные расстройства.	Психосоматическая модель рака. Клинические особенности течения основных онкозаболеваний и их влияние на психологическое состояние больного. Теоретические аспекты депрессивных расстройств. Клинические проявления психогенных депрессий.	3
Место психологии в комплексном подходе лечения и сопровождения больных в онкологии.	Психологическое тестирование. Шкала тревожности Бека. Шкала депрессии Бека.	3
Стигма по отношению к ментальному здоровью	Стигма по отношению к ментальному здоровью. Психотерапевтическая работа с родственниками тяжелых больных.	3
Сообщения плохих новостей. Алгоритм сообщения плохих новостей.	Этапы, техники и пути сообщения плохих новостей. Модель Кюблер-Росс. Модель SPIKES.	3
Проведение мотивационного интервью пациентов	Проведение мотивационного интервью пациентов	3
<i>Всего:</i>		<i>18</i>

Таблица Д.4 – 5. Тематический план практических занятий

Наименование тем практических занятий	Краткое содержание	Количество часов
1	2	3
Основы медицинской и клинической психологии. Введение в психосоматику.	Психологические методы и подходы в консультировании пациентов с психосоматическими расстройствами. Схема психотерапии онкобольных Саймонтонов (Карл и Стефани Саймонтон, «Психотерапия рака»).	7
Введение в онкопсихологию. Влияние хронического и тяжелого заболевания на психику. Коморбидные расстройства	Клинические проявления психогенных депрессий. Психотерапия и психологическая психокоррекция депрессивных расстройств. Работа с суицидальными пациентами. Суицид.	7

	Особенности консультирования тревожных и "немотивированных" клиентов.	
--	-----------------------------------------------------------------------	--

Продолжение таблицы Д.4

1	2	3
Место психологии в комплексном подходе лечения и сопровождения больных в онкологии.	Базовые навыки консультирования пациентов с психосоматикой Возможности и ограничения медицинского психолога в работе с психосоматическими пациентами. Использование современных методик психотерапевтического воздействия в онкопсихологии. Техники.	7
Стигма по отношению к ментальному здоровью.	Цели и задачи психологического консультирования. Основные принципы работы консультанта. Показания, противопоказания психотерапии. Требования к личности консультанта. Этический кодекс.	7
Сообщения плохих новостей. Алгоритм сообщения плохих новостей.	Применение навыков сообщения плохой новости по модели Кюблер-Росс. Техники сообщения плохих новостей по модели SPIKES. Тренажер-практикум: консультирование по модели кублер-росс.	7
Проведение мотивационного интервью пациентов	Проведение мотивационного интервью пациентов	7
Итого		42

Таблица Д.5 – 6. Тематика самостоятельной работы слушателя.

Наименование тем	Виды СРС	Количество часов
Понятие о коммуникативной компетенции современного медицинского психолога. Эмпатия, эмоциональная стабильность, аффилиация, толерантность и т.д.	Подготовка презентации	6
Этические принципы в онкоклинике. «За» и «против» сообщения диагноза больному. дому.	Подготовка презентации,	6
"Палатный" метод психотерапии. Групповая психотерапия.	Подготовка презентации	6
Особенности работы с тяжелыми немотивированными пациентами. Отказ от лечения. Паллиативная помощь.	Подготовка клинической задачи, клинического сценария.	6
Личность врача, психолога в тяжелой соматической клинике. Психотерапия и профилактика эмоционального выгорания.	Подготовка презентации	6
Особенности и способы психоэмоциональной поддержки пациентов при раке легкого, раке желудка.	Составление структурно-логической схемы	6
<i>Всего:</i>		<i>36</i>

7. Методы обучения и преподавания:

Лекции: чтение тематических, обзорных и проблемных лекций, лекции-дискуссии.

Практические занятия: устный опрос; психологические методы и подходы в консультировании пациентов с психосоматическими расстройствами, диагностика психосоматических расстройств; сообщений плохих новостей для обсуждения; анализ и оценка различных клинических примеров; ролевые игры, моделирование конфликтного и бесконфликтного взаимодействия медицинского психолога и пациента, способов и техник предупреждения и регулирования конфликтов между врачом и пациентом и его родственниками, коллегами врача под наблюдением преподавателя, обратная связь, дискуссии, работа в малых группах, .

Самостоятельная работа: написание докладов и рефератов, подготовка проектов и презентаций, составление контракта для консультирования; консультации с преподавателем по темам для самостоятельного изучения.

8. Методы и критерии оценки знаний и навыков обучающихся:

Текущий контроль: индивидуальный и фронтальный опрос, обсуждение рефератов и докладов, проверка презентаций, ролевые игры.

Рубежный контроль: разыгрывание ролевых игр врач/психолог-пациент, врач/психолог-родственник пациента, коллега.

Итоговый контроль: зачет.

Таблица Д.6 – 8.1. Критерии и правила оценки знаний

<i>Процентное содержание</i>	<i>Оценка по традиционной системе</i>
100-90	Отлично
89-75	Хорошо
50-70	Удовл.
0-49	Неудовл.

9. Список рекомендуемой литературы

Основная:

Джон Е. Сарно. Как вылечить боли в спине. Люди должны знать правду! = Healing Back Pain: The Mind-body Connection. – София, 2010. – 224 с.

Гусев В.А. Средство от болезней. – М.: АСТ, 2007. – 192 с.

Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. – М., 2003.

Франц Александер. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение = Psychosomatic Medicine it`s Principles and Applications / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 1998.

Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью: новый взгляд на тяжелые болезни. – СПб.: Питер Пресс, 1996.

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб: Питер, 2001.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – София, 2001.
Ирвин Польстер, Мириам Польстер *Интегрированная гештальт-терапия*
контуров теории и практики.
Стивен Гиллиген. Терапевтические трансы: руководство по эриксоновской
гипнотерапии.
Милтон Эриксон Мой голос останется с вами.
Станислав ГРОФ, Джоан Хэлифакс. Психоделическая терапия
умирающих.

Дополнительная:

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М., 1998.
Творогова Н.Д. Практикум по психологии. – М., 1997.
Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / пер. с
нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с. – 5000 экз.
Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского.
– СПб.: Питер, 2010. – 864 с. – 3000 экз.
Гроф С., Хэлифакс Дж. Человек перед лицом смерти.
Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под
ред. академика РАМН А.Б. Смулевича, 2000.
Руководство по психиатрии: в 2 томах / под ред. А.С. Тиганова. – М.:
Медицина, 1999.