

«Социально-психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации

И.В. Сухотерин, Н.В. Павлова
ОГУЗ Белгородский онкологический диспансер

Контакты: Игорь Владимирович Сухотерин igorsukhoterin1@rambler.ru

Показаны результаты социального опроса 400 больных раком молочной железы, находящихся на лечении в Белгородском онкологическом диспансере. Установлено, что 50–60% этих пациенток не могут самостоятельно справиться с психологической нагрузкой, им необходима помощь специалистов-психологов на всех этапах лечения и наблюдения. В связи с особой медико-социальной значимостью данной проблемы требуется разработка эффективных программ психологической реабилитации и социальной адаптации.

Ключевые слова: рак молочной железы, психологическая нагрузка, психологическая реабилитация, социальная адаптация

«Social-psychological picture» of patients with breast cancer and the problem of their psychological rehabilitation

I. V. Sukhoterin, N. V. Pavlova
Belgorod Oncological Dispensary

The results of social inquiry of 400 patients with breast cancer being on treatment in Belgorod Oncological Dispensary are shown. It is noted that 50–60% of this women can not inquire themselves with psychological burden, they are in need of help of psychologists on all stages of treatment and observation. In connection with particular medical and social meaning of this problem the elaboration of effective programs of the psychological rehabilitation and social adaptation will be necessary.

Key words: breast cancer, psychological burden, psychological rehabilitation, social adaptation

Введение

За последнее время в лечении рака молочной железы (РМЖ) были достигнуты значительные успехи. С появлением новых эффективных химиопрепаратов, в том числе таргетных, современных схем гормональной, лучевой терапии, а также с повышением ранней выявляемости опухоли число радикально излеченных больных и пациенток, болезнь у которых была переведена в длительно текущую, хроническую стадию, значительно возросло. В связи с этим вопрос реабилитации и социальной адаптации данной группы больных приобретает еще большую актуальность [1]. Тем не менее с течением времени наблюдается увеличение диспропорции между продолжающимися совершенствоваться методами специализированного лечения и отсутствием новых эффективных всеобъемлющих программ реабилитации. Что же такое реабилитация? Реабилитация — это система медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, правовых, социальных и иных мероприятий государства и общества в целом, направленных на создание условий

и оптимизацию процессов сохранения или восстановления здоровья, трудоспособности, личностного и социального статуса больных и инвалидов в целях наиболее раннего и максимально эффективно-го возвращения их в обычные условия жизни вместе и наравне со здоровыми членами общества.

Так, если физическая реабилитация (лечение постмастэктомического синдрома, выполнение реконструктивных пластических операций) имеет хотя бы какое-то развитие в практике отечественных онкологов, то проблеме психоэмоциональной реабилитации и социальной адаптации уделяется крайне мало внимания [2]. Ряд проведенных специалистами в области психоонкологии исследований свидетельствует о высокой частоте возникновения тревожно-депрессивного, ипохондрического, невротического и других психопатологических синдромов у пациенток в процессе и после лечения РМЖ [3–5]. Заболевание, вызванное развитием злокачественной опухоли, является одним из наиболее мощных стрессов и рассматривается не только как угроза физической смерти, но и как эмоци-

ональная катастрофа [6]. Таким образом, психологические факторы занимают важное место в плане проведения реабилитационных мероприятий. Главное направление работы — сохранение социального статуса больных, возвращение их к активной жизни через воссоздание психологической целостности.

Материалы и методы

С целью составления «социально-психологического портрета» больных РМЖ в Белгородском онкологическом диспансере были проанализированы данные социологического опроса 400 пациенток, получающих комплексное лечение или находящихся под наблюдением после него.

Результаты и обсуждение

Возраст больных варьировал от 27 до 78 лет. Распределение пациенток в зависимости от возраста представлено на рис. 1. Средний возраст в исследуемой группе составил $52,46 \pm 7,34$ года.

Как видно из представленного материала, большинство ($n=303$; 75,75 %) женщин были в возрасте до 60 лет.

196 пациенток не имели группы инвалидности, 204 — находились на инвалидности, из них I группа была у 12 (3 %), II — у 144 (36 %) и III — у 48 (12 %) больных из общего числа опрошенных. При этом средний возраст у пациенток, имеющих группу инвалидности, составил $56,18 \pm 3,47$, а в группе без наличия последней — $50,23 \pm 3,78$ года, разница между возрастными категориями в этих группах статистически достоверна ($p < 0,01$).

Все женщины исследуемой группы были достаточно образованны, высшее образование получили 96 (24 %), незаконченное высшее — 16 (4 %) пациенток, однако основную массу составили больные со средним образованием ($n=284$), из них со сред-

неспециальным — 168 (42 %), средним — 92 (23 %), незаконченным средним — 24 (8 %) и без образования — только 8 (2 %) пациенток.

В зависимости от социального положения больные распределились следующим образом: большую часть составляли пенсионеры ($n=148$; 37 %), далее шли служащие ($n=120$; 30 %), рабочие ($n=68$; 17 %) и безработные пациентки и домохозяйки ($n=32$; 8 %). Большинство ($n=212$; 53 %) опрошенных нами женщин не работали, 188 (47 %) — были заняты в трудовой сфере общества, из них полный рабочий день имели 156 (39 %), неполную рабочую неделю — 20 (5 %) и неполный рабочий день — 12 (4 %) пациенток. В условиях вредного производства трудились 112 (28 %) больных.

Основная масса женщин ($n=360$; 90 %) были недовольны получаемыми доходами в расчете на члена семьи. У 136 пациенток приходился следующий доход на члена семьи: ≤ 750 руб. — 48 (12 %), 751–1000 — 8 (2 %), 1001–1500 — 40 (10 %), 1501–2250 — 40 (10 %) больных. Средним уровнем достатка обладали 220 женщин, из них 132 (33 %) имели доход 2251–3000 и 88 (22 %) — 3001–4500 руб. на 1 члена семьи. Хорошо обеспеченными считали себя только 44 (11 %) пациентки, ежемесячный доход на каждого члена семьи у которых превышал 4500 руб.

Среди опрошенных женщин 232 (58 %) состояли в браке, 80 (20 %) — вдовы, 56 (14 %) — разведенные и 32 (8 %) — незамужние.

С супругом проживали 116 (29 %) пациенток, с супругом и детьми — 96 (24 %), только с детьми — 84 (21 %), с внуками и их семьями — 40 (10 %), в одиночестве — 56 (14 %). При этом свои отношения с родственниками как полное взаимопонимание оценивали 248 (62 %) женщин, отсутствие взаимопонимания — 24 (6 %) и не всегда находили взаимопонимание с родными — 128 (32 %) пациенток. Психологический климат в семье и возникающие конфликтные ситуации опрошенные нами женщины оценили следующим образом: бесконфликтное проживание отмечали 244 (61 %) больные, конфликты 1 раз в неделю — 24 (6 %), 1 раз в месяц — 28 (7 %), 1 раз в полугодие — 72 (18 %) и очень редко — 32 (8 %). В то же время конфликтными людьми себя считали 36 (9 %) пациенток, а неконфликтными, находящимися в духовной гармонии с окружающими их родственниками, — 364 (91 %). При этом отношение родственников к себе больные оценивали следующим образом: считали, что их любят, 44 (11 %) опрошенных, что к ним относятся с пониманием — 292 (73 %), недостаточно уделяют внимание — 24 (6 %), терпят или считают обузой — 16 (4 %), не определились — 24 (6 %) женщины.

На вопрос «раздражают ли вас родственники?» «да» ответили 20 (5 %) пациенток, «редко или ино-

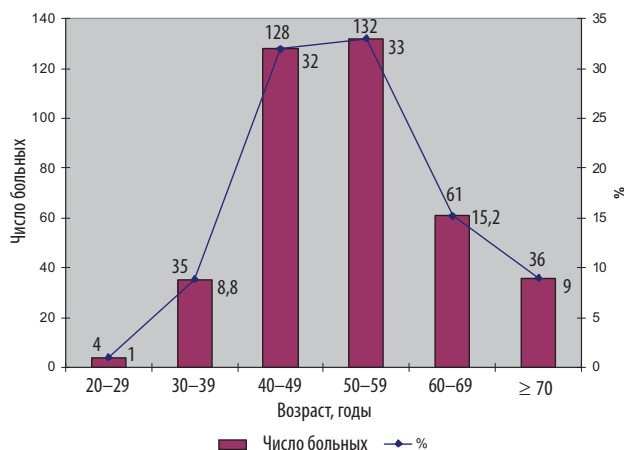


Рис. 1. Распределение больных РМЖ в зависимости от возраста

гда» — 232 (58%), «нет» — 140 (35%) и затруднились с ответом — 8 (2%) больных. Материальную помощь от родственников, в том числе оплату расходов, связанных с медицинскими нуждами, постоянно получали 196 (49%) пациенток, часто, но не всегда — 36 (9%), редко — 56 (14%) и не получали — 112 (28%) больных.

Отношения в семье после установления диагноза РМЖ опрошенные классифицировали следующим образом: в лучшую сторону отношения изменились у 148 (37%) пациенток, остались на том же уровне, на каком и были до болезни, — у 216 (54%), и 36 (9%) больных посчитали, что близкие отвернулись от них.

Отношение к жизни как к дару, данному нам свыше, пациентки на момент подтверждения онкологического диагноза определили как бережное и самое дорогое в 256 (64%) случаях, «жизнь — это преходящее состояние, сейчас она есть, а завтра — нет» — ответили 40 (10%) респонденток, безразличное отношение было у 12 (3%) больных и 92 (23%) женщины не смогли сформулировать ответ на данный вопрос.

На момент проведения анкетирования свое состояние здоровья как хорошее оценили 36 (9%) пациенток, как удовлетворительное — 288 (72%) и как плохое — 76 (19%).

Отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) опрошенные оценили следующим образом: 240 (60%) больных относились к ЗОЖ положительно и старались его поддерживать; 140 (35%) — положительно, но не всегда соблюдали все условия и 20 (5%) — пренебрегали этим.

Ответы на вопрос «всегда ли известно о том, что у женщины диагностировано злокачественное новообразование молочной железы, сопровождается психологическим стрессом, и какие мысли и чувства оно порождает?» приведены на рис. 2.

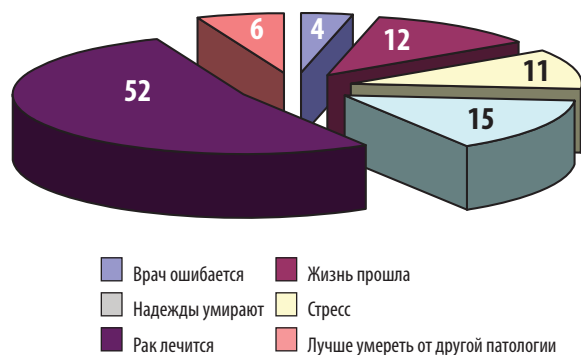


Рис. 2. Мысли и чувства пациенток (%) при диагностировании РМЖ

Большинство ($n=212$; 52%) опрошенных больных достаточно адекватно относятся к данному известию и верят как в себя, так и в возможности современной медицины, а также в то, что все проводимые лечебные мероприятия приведут в дальнейшем к их полному выздоровлению. Однако для остальных 48% пациенток эта ситуация достаточно проблематична, что обуславливает возникновение стресса, появление неуверенности в себе и врачебном персонале, потерю всякой надежды на дальнейшую жизнь.

На вопрос «трудно ли переносить все тяготы, связанные как с психологической нагрузкой, так и со сложностью всего лечебного процесса, включающего в себя операцию, химио- и лучевую терапию?» пациентки ответили следующим образом:

- да, иногда хочется умереть — 32 (8%);
- да, но не тяжелее, чем другим людям, страдающим этим же заболеванием — 40 (10%);
- нет, у меня все хорошо и прекрасная поддержка со стороны близких — 212 (53%);
- тяжело, не хватает собственных сил и поддержки близких — 116 (29%).

Что же предпринимают женщины после того, как им установили диагноз РМЖ? Большинство из них ($n=220$; 54%) полностью доверяют врачам, из уст которых услышали о своем заболевании; другие ($n=96$; 24%) решают проконсультироваться с несколькими специалистами либо с врачами, которым они доверяют; 12 (3%) больных не уверены в правильности установленного им диагноза до последнего момента и настаивают на перепроверке цитологического либо гистологического исследования, 72 (18%) пациентки достаточно равнодушно относятся к данной ситуации, не осознавая огромного риска для их здоровья (рис. 3).

В то же время большинство опрошенных нами больных ($n=360$; 90%) в дальнейшем полностью

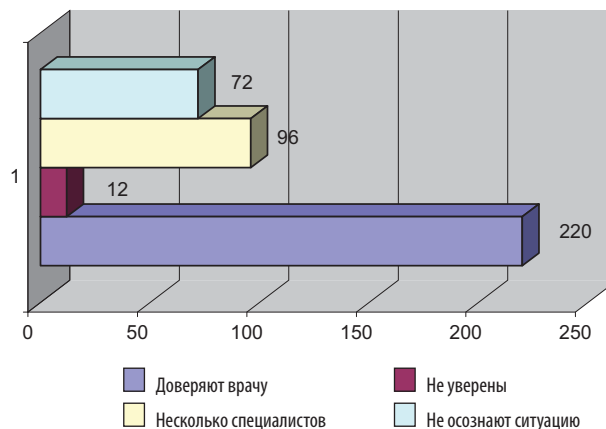


Рис. 3. Отношение женщин к известию о диагностировании у них злокачественной патологии молочной железы

соблюдают рекомендации, данные им лечащими врачами, 24 (6%) — не всегда проходят весь курс назначенного лечения, игнорируя 1 из его методов, 12 (3%) — не выполняют эти рекомендации вовсе и 4 (1%) — занимаются самолечением, надеясь на свои знания и веря в чудо нетрадиционной медицины.

Тем не менее на вопрос об отношении женщин к нетрадиционным методам лечения мы получили следующие ответы: полностью не доверяют им 320 (80%) пациенток, верят и стараются вылечиться другими методами — 52 (13%), и 28 (7%) больных считают, что и те и другие методы содержат какие-то рациональные моменты в лечении данной патологии.

Следует отметить, что на вопрос «считаете ли вы эффективным применение альтернативных методов в лечении РМЖ?» женщины ответили следующим образом: верят безоговорочно — 100 (25%) пациенток, полностью отрицают — 168 (42%); остальные 33% опрошенных не столь категоричны в своих суждениях по данному вопросу (рис. 4).

На рис. 5 представлены данные, характеризующие взаимоотношения больных, находившихся на стационарном лечении в Белгородском онкологическом диспансере. Мы сознательно объединили 2, казалось бы, идентичных вопроса: «есть ли у вас желание более тесно познакомиться с людьми, окружающими вас в онкодиспансере, и поддерживать с ними контакт после госпитализации?» и «нуждаетесь ли вы в общении с другими онкологическими больными?».

Большинство пациенток ($n=248$; 62%) достаточно общительны, охотно идут на контакт, но, видимо, это касается достаточно узкого круга общения в пределах палаты, ее незначительного окружения и медицинского персонала. 132 (33%)

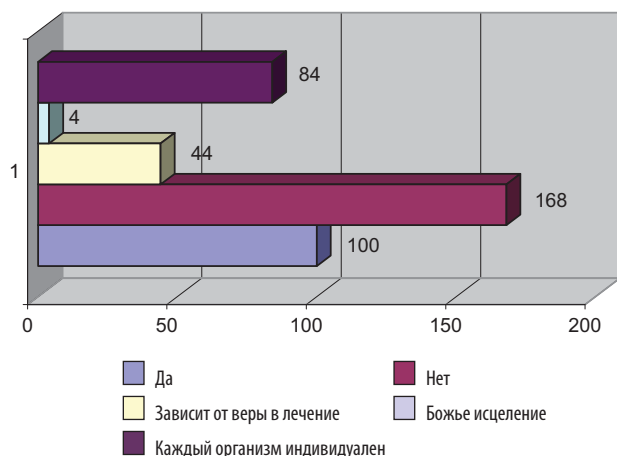


Рис. 4. Отношение больных к эффективности альтернативных методов лечения

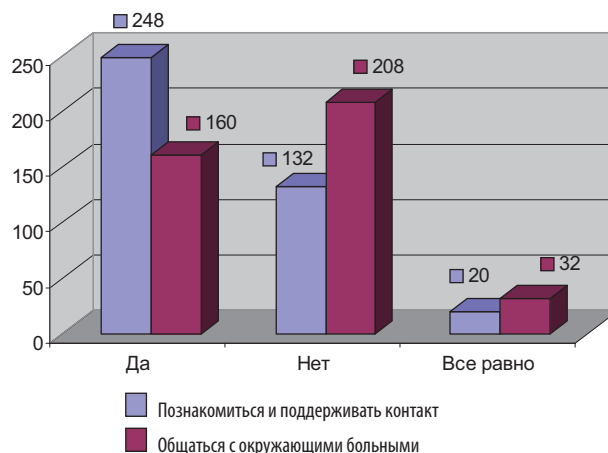


Рис. 5. Характер взаимоотношений больных РМЖ

женщины достаточно замкнуты и не испытывают потребности в дополнительных контактах, обсуждении своих бед, проблем, радости и печали.

Отмечено, что только 160 (40%) пациенток охотно контактируют не только со своим ближайшим окружением, но и с другими больными вне зависимости от места расположения и постигшей их патологии, 208 (52%) — не нуждаются в широком общении, им достаточно контакта со своими родственниками и соседками по палате.

Таким образом, можно нарисовать следующий «социально-психологический портрет» пациенток с РМЖ. Основную их массу составляют замужние женщины в возрасте до 60 лет, активно участвующие в трудовой и социальной жизни общества. Эти больные достаточно образованны, половина из них продолжают работать, причем полный рабочий день, и примерно столько же — имеют группу инвалидности по данному или сопутствующему заболеванию. Средний уровень доходов — у чуть более половины опрошенных, лишь десятая часть считают себя хорошо обеспеченными и около 40% — имеют доходы ниже прожиточного минимума и в основном проживают с семьей. Приблизительно 60% пациенток считают свои отношения с родными гармоничными, их близкие люди могут также оказывать им и материальную поддержку. Однако, с другой стороны, примерно столько же женщин отмечают тот факт, что родственники, хоть и редко, но раздражают их. При этом почти все (90%) больные считают себя бесконфликтными людьми. После установления онкологического диагноза у большинства опрошенных отношения с родственниками никак не изменились, более 60% пациенток утверждают, что родственники относятся к ним с пониманием, тем не менее всего лишь 11% больных уверены в том, что близкие их любят. Именно столько же пациенток признают, что жизнь — это

самое ценное, что у них есть. Кроме того, они положительно относятся к ЗОЖ, стараются поддерживать его. Оставшиеся примерно 40 % опрошенных женщин отмечают отсутствие взаимопонимания с родными, наличие конфликтных ситуаций в семье. Они гораздо меньше дорожат своей жизнью, подчас относясь к ней, а соответственно и к здоровью, безразлично, пренебрегая ЗОЖ. При диагностировании РМЖ половина больных адекватно относятся к своему состоянию, считают, что их заболевание — отнюдь не приговор, и продолжают надеяться на лучшее и верить в себя. Такое же число пациенток безоговорочно верят врачу, поставившему диагноз, и могут спокойно переносить физические и психологические нагрузки, связанные со специальным лечением. Около трети опрошенных хотят проконсультироваться с другими специалистами или провести повторные диагностические процедуры. В процессе лечения подавляющее большинство больных полностью выполняют рекомендации врачей, и лишь десятая часть игнорируют или все лечение, или 1 его вид, прибегая к методам нетрадиционной медицины, несмотря на то что в эффективность альтернативной медицины безоговорочно верят только четверть опрошенных и лишь чуть более 40 % — полностью отвергают ее. Диагноз онкологического заболевания, вынужденное длительное пребывание в стационаре оказывают влияние и на характер взаимоотношений больных между собой и с другими людьми. Лишь чуть более 60 % женщин, находившихся на стационарном лечении в Белгородском онкологическом диспансере, общались с соседками по палате и окружающим медперсоналом, значительно меньшее (40 %) число пациенток поддерживали контакты с другими больными.

С учетом полученных данных можно сделать вывод о том, что примерно 50–60 % женщин с диагнозом РМЖ являются более или менее благополучными в психоэмоциональном плане. Много это

или мало? При современных возможностях, достигнутых в лечении именно РМЖ, а также в условиях бурно развивающейся психотерапии это небольшие показатели, свидетельствующие об отсутствии должной психоэмоциональной реабилитации и социальной адаптации у данной группы больных. Оставшиеся 40–50 % пациенток являются «проблемными» больными для онкологов, поскольку их неверие в себя и медицину порождает и нарушение режимов лечения, и (нередко) полный отказ от него, что приводит к запущенности злокачественного процесса, повышению потребности в паллиативном лечении и, вследствие этого, к резкому увеличению затрат на лечение при низких показателях выживаемости. С другой стороны, эти больные — потенциальные кандидаты на оказание специализированной психиатрической помощи. Половина опрошенных женщин при постановке им диагноза рака и проведении последующего лечения не могут сами и с помощью родных справиться с психологической нагрузкой. Им требуется помощь извне.

Заключение

Доказано, что нарушения нервно-психической сферы могут способствовать развитию гормональных и формированию патологических изменений в молочных железах. В связи со способностью психологического фактора оказывать влияние не только на развитие патологических изменений, но и на процесс выздоровления становится очевидной необходимость осуществления психологической реабилитации больных РМЖ еще на этапе диагностики. Таким образом, данная проблема начинает приобретать особую медико-социальную значимость и требует применения системного подхода к организации психологической помощи в рамках комплексной реабилитации больных РМЖ, что связано в первую очередь с изменением взглядов как лечащих врачей, так и руководителей здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. Клин психоонкол 2002;(2).
2. Савин А.А., Шихкеримов Р.К., Вельшер Л.З. и др. Психоэмоциональные нарушения и их коррекция у больных, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. www.aswomed.ru
3. Watson M., Greer S., Rowden L. et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. Psychol Med 1991;21:51–7.
4. Бехер О.А., Слонимская Е.М., Куприянова И.Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы. Сиб онкол журн 2008;(2):26–7.
5. Stark D., Kiely M., Smith A. et al. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relations to quality of life. J Clin Oncol 2002;20:3137–48.
6. Greer S. Mind-body research in psychooncology. Advanc Mind-Body Med 1999;15:236–81.