

Vēža slimnieku rehabilitācija

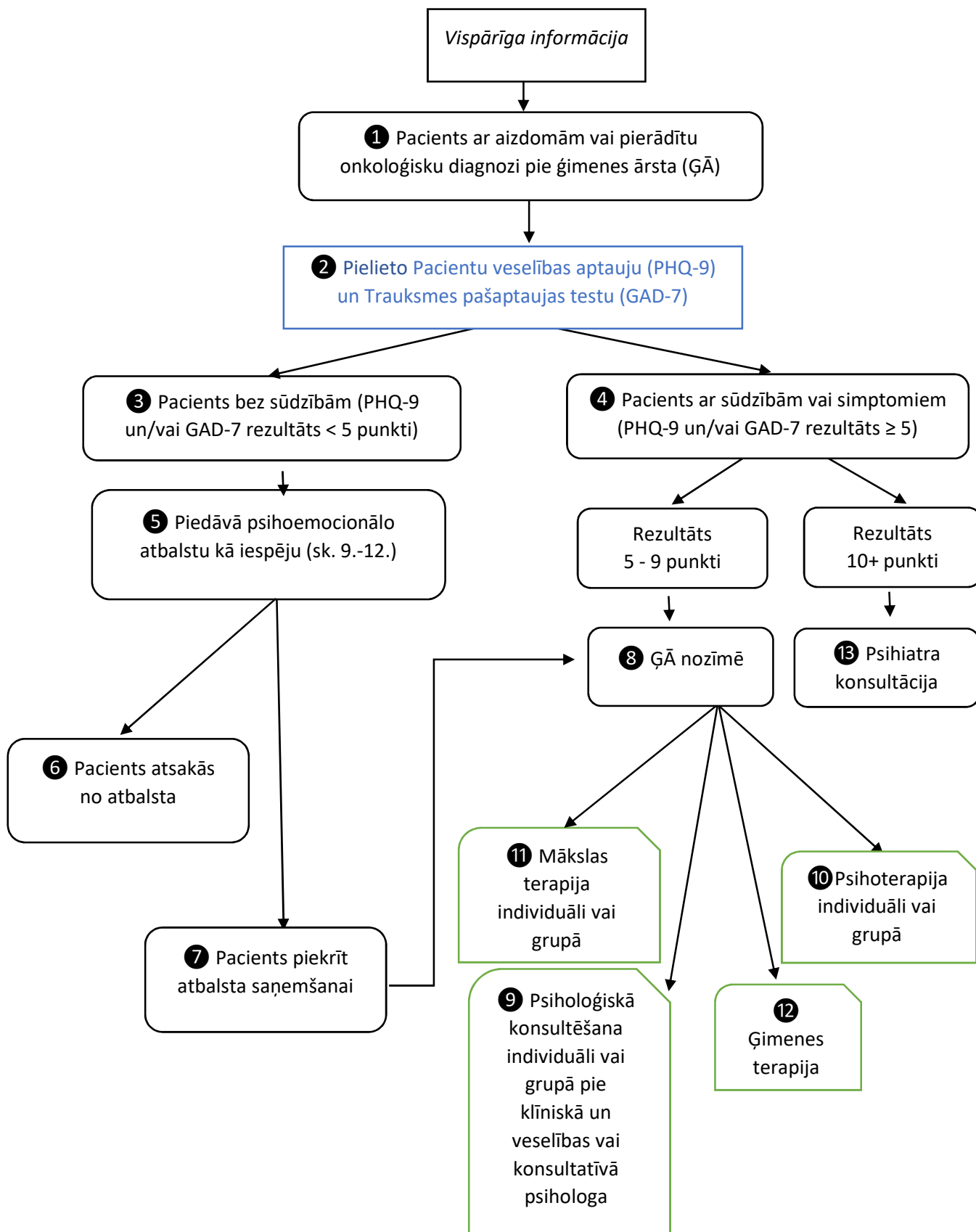
Psihosociālā rehabilitācija onkoloģijā

ALGORITMS

Autori: Dr. Maija Kārklīņa,

Jana Duhovska

PSIHOSOCIĀLĀ REHABILITĀCIJA ONKOLOĢIJĀ



Vispārīga informācija

Ievads

Saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra datiem, 2017. gadā Latvijā bija reģistrēti 77 341 onkoloģiskie pacienti, pirmreizēji ļaundabīga audzēja diagnoze tika noteikta 11 762 pacientiem, bet 43 925 jeb ap 58% no reģistrētajiem pacientiem slimība atklāta piecus un vairāk gadus atpakaļ (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Analizējot pirmreizēji atklāto onkoloģisko slimību statistiku kopš 2000. gada, ir skaidri redzams, ka, pateicoties skrīningam un arvien efektīvākas diagnostikas un ārstēšanas pieejamībai, onkoloģisko pacientu skaitam Latvijā ir tendence pieaugt par 100 - 200 gadījumu ik gadu, un, slimību atklājot agrīni, daļā gadījumu iespējama pilnīga izārstēšana, bet daļā – būtisks dzīves pagarinājums. Tādējādi vēzis no akūtas slimības kļūst par hroniski noritošu procesu ar nepieciešamību pēc pastāvīgas kontroles un potenciālu invaliditāti (Baltiņa, 2015).

Lai sekmētu to, ka pacienti ar onkoloģiskajām slimībām var pēc iespējas optimāli pārdzīvot terapijas procesu un pēc iespējas kvalitatīvāk atgriezties sociālajā un profesionālajā dzīvē un atgūt savu ekonomisko autonomiju pēc terapijas beigām, nepieciešams nodrošināt psihosociālo rehabilitāciju, kura balstīta uz biopsihosociālu izpratni par personas veselību un atbilstošā apjomā akcentē arī veselības t.s. kontekstuālos jeb psiholoģiskos un sociālos aspektus un kuras rezultātā persona iemācās pieņemt savu diagnozi un sadzīvot ar to, atgūst socializēšanās prasmes un iekšējos spēkus, lai maksimāli pilnvērtīgi atgrieztos profesionālajā, sociālajā un ekonomiskajā aprītē (Dzīvības koks, 2015).

Šī vajadzība pamatota pētījumos, kuros atklāts, ka līdztekus fiziskajiem simptomiem, onkoloģiska slimība izraisa arī psihoemocionālas grūtības un sociālus ierobežojumus, tādējādi pacientiem ar ļaundabīgiem audzējiem raksturīgs psiholoģiskais distress (Bernad, 2010; Menhert & Koch, 2008; Kanera, et al., 2016), kas:

1. ietekmē slimnieku psihoemocionālo labklājību un dzīves kvalitāti,
2. kavē slimnieku līdzestību un uzticēšanos ārstam un tā nozīmētajai terapijai,
3. sekmē izvēli par labu darbnespējas statusam pēc terapijas beigām.

Starp biežākajiem psihoemocionālā distresa izraisītājfaktoriem tiek minēti tādi kā bailes par slimības attīstību un raizes par nākotni, skumjas par veselības zudumu, dusmas un kontroles zuduma izjūta, pārņemība ar domām par slimību un nāvi, raizes par sociālās lomas zudumu vai izmaiņām tās realizācijā. Tāpat arī psihoemocionālo labklājību ietekmē ārstēšanas blakusparādības (sāpes, diskomforts, nepietiekams miegs, nepietiekama apetīte). Psihoemocionālā distresa izpausmes, savukārt, ietver tādas kā anhedonija, pazemināta interese par aktivitātēm, kas iepriekš darījušas prieku, vēlme nomirt, pašnāvības

idejas, garastāvokļa svārstības, anoreksija, sociālā izolēšanās, atkarīgas/pasīvas pozīcijas pieņemšana, agresīvas/pieprasošas pozīcijas pieņemšana, atteikšanās no ārstēšanās un/vai nepietiekama līdzestība u.tml. (*NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Distress management*, 2018).

Vēža izpētes fonda *Livestrong* Lielbritānijā starp vēzi izdzīvojušajiem¹ veiktās aptaujas rezultāti rāda, ka 96% no vēža slimniekiem piedzīvojuši emocionāla rakstura grūtības (*Livestrong*, 2018). Līdzīga aina atklājas arī onkoloģisko pacientu atbalsta biedrības “Dzīvības koks” Latvijā 2015. gadā veiktajā pētījumā, kurā piedalījās 350 vēža pacienti un kura rezultāti (sk. tabulā zemāk) apliecina, ka pacienti piedzīvo grūtības ne vien ārstēšanas periodā, bet arī pēc tā, kas, savukārt, ļauj gūt apstiprinājumu psihoemocionāla atbalsta nepieciešamībai visā laikā, kad pacientam ir pieredze ar vēža diagnozi (sākot no tās noteikšanas brīža līdz pat dinamiskās novērošanas beigām vai pacienta nāvei).

Grūtības diagnozes noteikšanas brīdī	Grūtības ārstēšanas periodā	Grūtības dinamiskās novērošanas periodā
73% respondentu piedzīvojuši bailes 69% - izmisumu 47% - bēdas 33% - izbrīnu, pārsteigumu	79% respondentu piedzīvojuši stresu 73% - bailes 72% - trauksmi 67% - miega traucējumus 15.6% apsvēruši domu par pašnāvību	Ļoti izteikts stress, bailes, trauksme un depresija skar 15% respondentu, un tās saistītas ar: <ul style="list-style-type: none"> • bažām par slimības atgriešanos; • slimības rezultātā zaudētajiem sociālajiem vai ģimeniskajiem kontaktiem; • darbības (neatkarības) zudumu; • ārstēšanas atlieku parādības - kognitīvie traucējumi un pastāvīgs nespēks.
Vajadzības un iespējamā palīdzība		
<ul style="list-style-type: none"> • Izklūšana no šoka vai nolieguma, lai pieņemtu lēmumu par ārstēšanu (<i>Vos & Haes</i>, 2006); • Vajadzība pēc informācijas un mehānismiem izsvērtā lēmuma pieņemšanai; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nepieciešamība pēc kontroles: saprast ārstēšanas gaitu, kontrolēt fiziskos simptomus; • Vajadzība pēc pašnoteikšanās un dalības cieņpilnā komunikācijā ar 	<ul style="list-style-type: none"> • Atgriešanās pie normāla dzīves ritma - nodarbinātības, attiecībām un sociālajām lomām (<i>Kanera et al.</i>, 2016); • Veselības uzvedības praktizēšana, lai samazinātu

¹ Vēzi izdzīvojušais vai *cancer survivor* - mūsdienās plaši pielietots jēdziens, ar kuru apzīmē personu, kas atbilst kādai no šīm pazīmēm: 1) ir pabeigusi onkoloģiskas slimības ārstēšanu un šobrīd atrodas remisijas periodā bez aktīvas slimības pazīmēm, 2) dzīvo ar progresējošu onkoloģisku slimību un, iespējams, saņem ārstēšanu, taču neatrodas slimības terminālajā stadijā, 3) ir izslimojusi onkoloģisku slimību pagātnē (avots: *Macmillan Cancer Support*).

<ul style="list-style-type: none"> • Emociju izlāde (Taber et al., 2012); • Sociālā atbalsta loka veidošana; • Produktīvu adaptācijas stratēģiju pielietošana (Wakefield et al., 2007). 	<p>veselības aprūpes personālu (Frosch, 2014; Back, 2006);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nemedikamentoza sāpju un fiziskā diskomforta vadība (relaksācija, vizualizācija) (Campo et al., 2017; Kapogiannis et al., 2018; Nooner et al., 2016; Piet et al., 2012); • Ķermeņa pieņemšana, t.sk. amputācijas, pazeminātas funkcionēšanas spējas (Freysteinson, 2012; Lewis-Smith et al., 2018; Pérez et al., 2014); • Izmainītu sociālo lomu (piem., nespējas pildīt vecāka lomu) pieņemšana; • Emocionālā stāvokļa stabilizēšana, kontrolējot domas, emocijas, pārliecības un rīcību (Grassi & Riba, 2012; Satterfield, 2008; Stirling & Greer, 2012). 	<p>slimības recidīva risku (Kanera et al., 2016);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociālo kontaktu atjaunošana (Caltabiano, 2012); • Laika un noslodzes plānošana, lai novērstu pārslodzes risku (Kanera et al., 2016); • Ja nepieciešams – sociālā rehabilitācija/profesionāla pārkvalificēšanās (Elkins et al., 2010).
--	---	--

Par nepieciešamību saņemt sistemātisku atbalstu runā arī citvalstu vadlīnijas, piemēram - *NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Distress management* (2018) definējis šādus potenciālā psihoemocionālā distresa periodus vai punktus, kuros pacientiem (nepieciešamības gadījumā) būtu jānodrošina specializēts atbalsts:

1. Aizdomas par slimību
2. Diagnostikas procesa laikā
3. Uzzinot par diagnozi
4. Uzzinot par ģenētisku predispozīciju uz vēzi
5. Gaidot ārstēšanu
6. Ārstēšanas taktikas vai modalitātes maiņa
7. Ar ārstēšanu saistītas komplikācijas
8. Ārstēšanas noslēgums
9. Uzņemšana slimnīcā/izrakstīšana no slimnīcas
10. Pāreja izdzīvotāja (*survivorship*) etapā
11. Dinamiskā novērošana

12. Neefektīva ārstēšana
13. Vēža recidīvs vai progresēšana
14. Vēzis vēlīnā stadijā
15. Paliatīvā aprūpe

Pateicoties nevalstisko organizāciju aktivitātei, Latvijā šobrīd ir relatīvi labi attīstītas psihosociālā atbalsta saņemšanas iespējas Labklājības ministrijas pārziņā esošās psihosociālās rehabilitācijas programmā “Spēka avots”, kuras ietvaros psihosociālo rehabilitāciju pacienti ar esošu vai draudošu invaliditāti var saņemt bez maksas. Tāpat arī relatīvi labi attīstīta pacientu pašpalīdzības grupu kustība.

Savukārt no valsts budžeta apmaksātas veselības aprūpes ietvaros psihoemocionālā atbalsta saņemšanas iespējas (kas pacientiem pieejamas bez maksas vai ar nelielu līdzmaksājumu) ir vēl attīstāmas. 2019. gada novembrī darbu uzsāka Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas un Onkoloģisko pacientu atbalsta biedrības "Dzīvības koks" sadarbības projekta ietvaros izveidotais Psihoemocionālā atbalsta dienas centrs, taču pārējos, t.sk. – reģionālajos - stacionāros, kuros ārstējas onkoloģiskie pacienti, valsts apmaksāta psihosociālā palīdzība nav pieejama. Tāpat arī normatīvos nav iestrādāts mehānisms, kā pacients var saņemt valsts apmaksātu psihoemocionālu atbalstu, izņemot situācijā, ja saņem psihiatrisko ārstēšanu un ārstējas ambulatoriski vai stacionāri, kā arī valsts apmaksātas medicīniskās rehabilitācijas programmas ietvaros.

Šeit būtiski piebilst, ka, atpazīstot nepieciešamību pēc atbalsta vai saudzīgākas pieejas, pamata līmeņa psihoemocionālo atbalstu var sniegt gan medicīnas māsa, gan primārās aprūpes ārsts vai ārsts speciālists, piemēram – komunicējot īpaši iejūtīgā veidā vai veicot padziļinātu izskaidrojošu darbu, taču šajā algoritmā sniegtas rekomendācijas ceļam, kādā primārās aprūpes ārsts, sistemātiski monitorējot vēža pacienta psihoemocionālo stāvokli, veicina specializētās palīdzības sniedzēju (šeit: psihiatru un ārstu psihoterapeitu, mākslas terapeitu, kā arī klīnisko un veselības psihologu) iesaisti pacienta psihoemocionālās veselības uzlabošanā.

Mērķis

Veicināt izpratni par psihosociālā atbalsta nozīmi visos slimības posmos un tādu atbalsta pasākumu nozīmēšanu, kas sekmē pacienta līdzestību terapijas laikā un veselības uzvedību pēc tās, un visefektīvāk mazina ar ārstēšanu un slimības psihoemocionālajām un fiziskajām sekām saistītās psihosociālās grūtības.

Paredzami lietotāji

Ģimenes jeb vispārējās prakses ārsti.

Ieguvumi, kas varētu rasties, ievērojot algoritmu

Medicīniskie: savlaicīga un precīza psihoemocionālo traucējumu konstatācija un/vai diagnostika, savlaicīgas psiholoģiskās un/vai psihiatriskās palīdzības organizēšana, pacientu līdzestības ārstniecības procesam veicināšana, pacientu psihoemocionālā stāvokļa novērošana dinamikā.

Psihoemocionālie: savlaicīgi konstatējot psihoemocionālās grūtības un organizējot atbilstošu psiholoģisko un/vai psihiatrisko palīdzību, mazinās emocionālo pārdzīvojumu un afektīvo traucējumu intensitāte, suicidālo mēģinājumu un priekšlaicīgas nāves risks.

Sociālie: dzīves kvalitātes uzlabošanās.

Finansiālie: invaliditātes attīstības riska mazināšanās; uzlabojoties pacienta emocionālajam stāvoklim, tiek sekmēta līdzestība (ārstēšanai, dinamiskās novērošanas procesam), savlaicīga recidīva konstatācija un notiek kopējā ārstēšanās laika samazināšanās.

Blakusefekti un riski, kas varētu rasties, ievērojot algoritmus

Pacienta atkarīgie: līdzestības trūkums un ģimenes ārsta neapmeklēšana; neuzticēšanās primārās aprūpes ārstam; psihoemocionālo grūtību ignorēšana; sūdzību par psihoemocionālajām grūtībām noliegšana vai noklusēšana.

Ārsta atkarīgie: nepievērš pietekamu uzmanību pacienta sūdzībām par psihoemocionālajām grūtībām; neveic atbilstošu psihoemocionālo grūtību novērtējumu; neveic pacienta virzīšanu psiholoģiskās un/vai psihiatriskās palīdzības saņemšanai.

Sistēmas atkarīgie: valsts apmaksāta psiholoģiskās palīdzības pakalpojuma nepieejamība vieglu un vidēji smagu psihoemocionālo grūtību situācijā; psiholoģiskās/psihiatriskās palīdzības pakalpojuma nepieejamība ģeogrāfisku iemeslu dēļ, palīdzībai koncentrējoties lielākajās pilsētās.

1 Pacients ar aizdomām vai pierādītu onkoloģisku diagnozi pie ģimenes ārsta (ĢĀ)

Vispārējās nostādnes:

1. Pacienta psihoemocionālais stāvoklis ir jāmonitorē sistemātiski un pastāvīgi.
2. Ideālā situācijā pacienta psihoemocionālais stāvoklis tiek izvērtēts katrā vizītē vai vizītēs, kuras iezīmē nozīmīgus ārstēšanas posmus, taču ne retāk kā reizi gadā. Izvērtējums tiek dokumentēts un atzīmes par to ir atrodamas pacienta datos elektroniskās datu uzglabāšanas sistēmās vai medicīnas dokumentācijā papīra formātā.
3. Lai sekmētu pacienta novirzīšanu pie piemērotākā speciālista, lietojami skrīninga instrumenti – Pacienta veselības aptauja-depresijas tests (PHQ-9) un Trauksmes pašaptaujas tests (GAD-7), kas atrodami algoritma 2. solī. Tieši šie instrumenti izvēlēti, jo depresija un trauksme ir vēža pacientu vidū visbiežāk novērotie psihoemocionālie traucējumi.

4. Ģimenes ārstam, kurš ir primārā pacienta kontaktpersona veselības aprūpes sistēmā, ir jābūt kompetencei, laikiem un instrumentiem, lai veiktu izvērtējumu, kā arī informācijai par pieejamajiem speciālistiem, kas var sniegt psihoemocionālo atbalstu problēmsituācijā.
5. Tāpat arī ārstniecības personālam ir jābūt izpratnei, ka, balstoties uz šobrīd veselības aprūpē aktuālo biopsihosociālo skatījumu uz veselību, psihoemocionālais atbalsts ir ārstniecības procesa sastāvdaļa.

Ieteikumi saskarsmē ar vēža pacientu

- Sekmēt uzticēšanās pilnu attiecību izveidi.
- Atzīt un tādējādi normalizēt distresu, tādējādi sekmējot palīdzības meklēšanu un pieņemšanu.
- Izskaidrot diagnozi, prognozi, ārstēšanas procesu un iespējamās blakusparādības. Pārliecināties, ka pacients izprot šo informāciju.
- Pārliecināties, ka pacients tiek iesaistīts lēmumu par ārstēšanas taktiku pieņemšanā un gūst pārliecību, ka ārstniecības procesā saņems manipulācijas, kurām sniedzis piekrišanu informētajā piekrišanā.
- Paskaidrot pacientam, ka psihoemocionālās grūtības var būt daļa no vēža pieredzes un var aktualizēties visos/arī citos pieredzes ar slimību etapos.
- Nodrošināt aprūpes nepārtrauktību, sniedzot ar informāciju par speciālistiem, kas var sniegt psihoemocionālo palīdzību.
- Rosināt ģimenes locekļu vai uzticības personu iesaisti.

Vēža pacienti, kas biežāk pakļauti psihoemocionālā distresa riskam (ģimenes ārsts var izjautāt pacientu saistībā ar šiem apstākļiem/simptomiem):

- Anamnēzē vielu atkarība un psihiskie traucējumi;
- Anamnēzē depresija;
- Anamnēzē pašnāvības mēģinājums;
- Kognitīvie traucējumi;
- Komunikācijas barjeras (runāt, lasīt un rakstītprasme valsts, kurā notiek ārstēšana, valodā, fiziskas barjeras);
- Smagas blakusslimības;
- Nekontrolējami fiziskie simptomi;
- Gados jauni pacienti, sievietes;
- Sociālās problēmas:
 - Konflikts ģimenē vai ar aprūpētāju;
 - Neatbilstošs sociālais atbalsts;

- Dzīvo viens;
- Finansiālās problēmas;
- Ierobežota piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem (ģeogrāfisku, finansiālu u.c. apstākļu dēļ);
- Ģimenē ir mazi bērni vai citi ģimenes locekļi, kuri aprūpējami/atkarīgi no pacienta;
- Bezdarbs vai darba zaudējums;
- Vientulība (t.sk. nedzīvojot vienam);
- Zema apmierinātība ar dzīves kvalitāti (t.sk. dzīves kvalitātes kritums slimības radītu apstākļu dēļ);
- Vardarbības pieredze (fiziska, seksuāla, verbāla, emocionāla).

② Pielieto Pacientu veselības aptauju (PHQ-9) un Trauksmes pašaptaujas testu (GAD-7)

2.1. Depresijas skrīnings pielietojot Pacientu veselības aptauju (PHQ-9)

Ģimenes ārsts katrā vizītē vai vizītēs, kuras iezīmē nozīmīgus ārstēšanas posmus, taču ne retāk kā reizi gadā katram onkoloģiskajam pacientam depresijas skrīningam uzdod divus jautājumus no Pacientu veselības aptaujas (PHQ-9):

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo katrā rindiņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības izjūta	0	1	2	3

Ja summa ir 2 un vairāk, tas norāda uz augstu depresijas varbūtību: tad aizpilda atlikušos septiņus PHQ-9 jautājumus un ārsts izvēlas tālāku palīdzības taktiku.

Pacienta vārds, uzvārds: _____	Datums: _____			
Pacientu veselības aptauja PHQ-9				
Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo katrā rindīnā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospīstība vai bezcerības izjūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – izjūta, ka esat neveiksminieks/neveiksmiece vai arī esat pievilis/pievīlusi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				

Skalas vērtības:

- 0-4 punkti: nav depresijas
5-9 punkti: viegla depresija
10-14 punkti: vidēji izteikta depresija
15-19 punkti: vidēji smaga depresija
20+ punkti: smagi izteikta depresija

Ja PHQ-9 rezultāts < 5 punkti, depresijas nav - doties uz **5**.

Ja PHQ-9 rezultāts = 5-9 punkti, konstatējama viegla vai vidēji izteikta depresija – doties uz **8**.

Ja PHQ-9 rezultāts = 10+ punkti, konstatējama vidēji smaga vai smagi izteikta depresija – doties uz **13**.

2.2. Trauksmes skrīnings, pielietojot Trauksmes pašaptaujas testu (GAD-7)

Ģimenes ārsts katrā vizītē vai vizītēs, kuras iezīmē nozīmīgus ārstēšanas posmus, taču ne retāk kā reizi gadā katram onkoloģiskajam pacientam trauksmes skrīningam uzdod divus jautājumus no Trauksmes pašaptaujas testa (GAD-7):

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo katrā rindiņā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3

Ja summa ir 2 un vairāk, tas norāda uz augstu trauksmes varbūtību: tad aizpilda atlikušos piecus GAD-7 jautājumus un ārsts izvēlas tālāku palīdzības taktiku.

Pacienta vārds, uzvārds: _____	Datums: _____			
GAD-7				
Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? (Apvelciet atbilstošo katrā rindīnā)	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Jūtāt nervozitāti, raizes vai sasprindzinājumu	0	1	2	3
2. Nespējāt nomierināties vai kontrolēt satraukumu	0	1	2	3
3. Pārmērīgi satraucāties par dažādām lietām	0	1	2	3
4. Grūtības atslābināties	0	1	2	3
5. Bijāt tik nemierīgs, ka nespējāt nosēdēt uz vietas	0	1	2	3
6. Viegli kļūvāt aizkaitināms/aizkaitināma	0	1	2	3
7. Jūtāt bailes, ka varētu notiks kaut kas šausmīgs	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				

Skalas vērtības:

- 0-4 punkti: trauksmes nav
 5-9 punkti: viegla trauksme
 10-14 punkti: vidēja trauksme
 15 + punkti: smaga trauksme

Ja GAD-7 rezultāts < 5 punkti, trauksmes nav - doties uz **5**.

Ja GAD-7 rezultāts = 5-9 punkti, konstatējama viegla trauksme - doties uz **8**.

Ja GAD-7 rezultāts = 10+ punkti, tad vidēja vai smaga trauksme - doties uz **13**.

3 Pacients bez sūdzībām: PHQ-9 un/vai GAD-7 rezultāts < 5 punkti

- Konstatē nebūtiskus traucējumus DOTIES UZ **5**.

4 Pacients ar sūdzībām vai simptomiem: (PHQ-9 un/vai GAD-7 rezultāts ≥ 5 punkti)

- Konstatē viegli izteiktus traucējumus (PHQ-9 un/vai GAD-7 rezultāts 5-9 punkti) DOTIES UZ **8**.
- Konstatē vidēji smagus vai smagus traucējumus (PHQ-9 un/vai GAD-7 rezultāts 10+ punkti) DOTIES UZ **13**.

5 Piedāvā psihoemocionālo atbalstu kā iespēju

Ģimenes ārsts īsi informē par pieejamā psihoemocionālā atbalsta veidiem (**9**, **10**, **11**, **12**).

6 Pacients atsakās no atbalsta

Ja pacients atsakās no atbalsta, ģimenes ārsts novērtējumu atkārtoti nākamās vizītes laikā (punkts **2**).

7 Pacients piekrīt atbalsta saņemšanai DOTIES UZ **8.**

Ģimenes ārsts īsi informē par pieejamā psihoemocionālā atbalsta veidiem (**9**, **10**, **11**, **12**) un vietni, kur saņemama informācija par pakalpojuma sniedzējiem.

8 Ģimenes ārsts nozīmē (*ģimenes ārstam ir pieejams NVD izveidots speciālistu saraksts*)

Ģimenes ārsts informē par pieejamās psihosociālā atbalsta terapijas veidiem un speciālistiem un izsniedz nozīmējumu jebkura no speciālistiem apmeklējumam četru sesiju garumā.

9 Psiholoģiskā konsultēšana individuāli vai grupā, ko veic klīniskais un veselības psihologs vai konsultatīvais psihologs

Psiholoģiskā konsultēšana ir process, kas palīdz klientam risināt noteiktas viņa šā brīža dzīves grūtības. Tā psihologa un klienta brīvprātīga sadarbība, kas izpaužas kā īpaši veidots dialogs, lai palīdzētu klientam risināt psiholoģiskas grūtības un/vai sekmētu izaugsmi.

Psiholoģiskās konsultēšanas gaitā klientam ir iespēja: būt uzklusītam un saprastam, saņemt atbalstu, izpaust emocijas un pārstrādāt negatīvās emocijas, izzināt un izprast sevi, paskatīties uz problēmu plašāk, no cita skatu punkta, atklāt savus iekšējos resursus, pilnveidot komunikācijas prasmes un iemaņas.

Psihologs ar atbalstu, iedrošināšanu, aktīvo uzklusīšanas u. c. metodēm un tehnikām palīdz formulēt mērķus, izpētīt problēmas aspektus, aktualizēt resursus, pieņemt lēmumus, plānot darbību u. c. Liela nozīme konsultēšanā ir klienta motivācijai. Lai panāktu vēlamās izmaiņas un īstenotu mērķus, daudz ko nosaka klienta gatavība un vēlme aktīvi iesaistīties (Levina & Mārtinsone, 2016).

Psiholoģisko konsultēšanu onkoloģijas pacientiem ir tiesīgi veikt tikai reģistrēti psihologi, kuri strādā klīniskās un veselības psiholoģijas vai konsultatīvās psiholoģijas profesionālās darbības jomā.

10 Psihoterapija individuāli vai grupā

Psihoterapija - ārstēšana ar (verbālām, neverbālām) komunikācijas metodēm specifiski strukturētā veidā. Pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) rekomendācijām psihoterapija pēdējos desmit gados, piemēram, depresijas ārstēšanā ieņem līdzvērtīgu vietu psihofarmakoloģiskajai ārstēšanai un uzrāda

ekvivalentus ārstēšanas rezultātus, ja depresija ir viegla vai vidēji smaga (*Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas. 3. izdevums, 2015*).

Biežāk sastopamie un Latvijā praktizētie psihoterapijas virzieni ir atbalsta psihoterapija, kognitīvā terapija, biheiviorālā terapija, interpersonālā terapija un psihodinamiskā psihoterapija. Saskaņā ar Latvijas Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijās minēto, Latvijā psihoterapijas virzienu un formu izvēle galvenokārt atkarīga no psihoterapeitu pieejamības. Psihoemocionālo problēmu risināšanai īstermiņa (četrus sesiju) terapijas formātā piemērotākas ir zemāk minētās pieejas, kuras fokusējas uz aktuālo problēmu risināšanu, apgūstot jaunus domāšanas un uzvedības modeļus:

- Atbalsta psihoterapija. Tās mērķis – samazināt trauksmes līmeni un pacelt pacienta pašvērtējumu.
- Kognitīvā terapija, kas pamatojas uz pieņēmumu, ka depresijas afektu uztur traucēta sevis un citu uztvere un domas par to. Ārsts iedrošina pacientu apzināties negatīvās automātiskās domas un pārbaudīt to nozīmīgumu.
- Biheiviorālā terapija pamatojas uz novērojumu, ka depresijas pacientiem ārējā vidē ir maz pozitīvo pastiprinājumu. Šī terapija īpaši efektīva sociālās izolēšanās un anhedonijas gadījumā. Pieejas būtība – paaugstināt pacientu aktivitātes līmeni un iesaistīt pacientu tādos pasākumos, kas ļauj viņam justies varošam un priecīgam.
- Interpersonālā terapija fokusējas uz simptomu mazināšanu. Fokusējas uz sociālajiem faktoriem un pašreizējām interpersonālajām problēmām.

Psihoterapija var tikt organizēta individuāli vai grupā.

11 Mākslas terapija individuāli vai grupā

Mākslas terapija ir viena no psiholoģiskās palīdzības formām, ko pielieto vēža pacientu psihosociālajā rehabilitācijā. Mākslas terapija (četras specializācijas - vizuāli plastiskās mākslas, mūzikas, deju un kustību vai drāmas) Latvijā ir Nacionālā veselības dienesta apstiprināta medicīniskā tehnoloģija (Nacionālais veselības dienests, 2015), kuras darbība vēža slimnieku psihosociālās rehabilitācijas jomā ir pamatota gan ar teorētiskiem konceptiem, gan pētījumiem, t.sk. sistemātiskiem pārskatiem un publikācijām *Cochrane Reviews* datubāzē (Cepeda et al., 2006; Bradt et al., 2016), kurās norādīts, ka mākslas terapija:

- sekmē vēža slimnieku subjektīvās dzīves kvalitātes uzlabošanu;
- uzlabo emocionālo un sociālo funkcionēšanu;
- mazina trauksmi un psiholoģisko distresu;
- sekmē relaksācijas un pašregulācijas prasmju attīstīšanu;
- apmierina pacientu vajadzību saistībā ar dzīves mērķu un vērtību apzināšanu;
- kā arī var sekmēt sāpju sajūtu mazināšanu.

Darbojoties komandā un arī individuāli, mākslas terapeits visbiežāk:

1. Strādā ar cilvēka pamatproblēmu ietekmējošiem faktoriem - viņa domāšanu, jūtām, uzvedību un dzīves veidu, motivāciju un līdzestību ārstēšanās procesam.
2. Izmantojot atbalstošās terapijas principus, palīdz pārvarēt traumatisku pieredzi un mazināt slimības, traucējuma vai problēmas radītās sekas vai strādā ar problēmu preventīvā kontekstā.

Mākslas terapija ir piemērota cilvēkiem bez īpašām prasmēm vai talantiem konkrēti izvēlētajā mākslas modalitātē, jo mākslas terapijā māksla tiek pielietota psiholoģiskās palīdzības sniegšanas kontekstā, mākslas terapeitam lietojot psiholoģiskās konsultēšanas pamatprincipus ((sk. 9), bet radošajam procesam un mākslai kalpojot vai nu kā:

- a) pašizpaušmes formai situācijās, kuras (emocionālās slodzes dēļ, kognitīvo vai runas traucējumu dēļ) nav iespējams apstrādāt tieši (bez mākslinieciskās distances),
- b) papildus iespējai atklāt (jaunu) saturu un iegūt atklāsmes, pie kurām racionālā (tikai verbalizējot) veidā nav iespējams.

12 Ģimenes terapija

Ģimenes terapijā pastāv uzskats, ka indivīda un ģimenes grūtības (problēmas) rodas un tiek uzturētas visu ģimenes locekļu mijiedarbībā. Tā vietā, lai priekšplānā izvirzītu un strādātu ar individuālo psihopatoloģiju, ģimenes psihoterapija strādā ar visu ģimeni - tās sistēmu, struktūru, attiecību formām, mijiedarbību stiliem.

Onkoloģiskas slimības gadījumā ģimenes terapija var palīdzēt ģimenei pielāgoties jaunajai situācijai – palīdz nostiprināt ģimenes attiecības un palīdz pielāgoties pārmaiņām (Latvijas Ārstu psihoterapeitu asociācija, 2019).

13 Psihiatra konsultācija

Ja izvērtēšanas rezultātā pacientam konstatē vidēji smagus vai smagus traucējumus (PHQ-9 un/vai GAD-7 rezultāts 10+ punkti), pacientu nepieciešams nosūtīt pie psihiatra, kurš lems par ārstēšanas taktiku.

Izmantotās literatūras saraksts

1. Back, A. (2006). Patient-physician communication in oncology: what does the evidence show? In: *Oncology*, 20(1):67-74; discussion 77-8, 83.
2. Campo, R.A., Wu, L.M., Austin, J., Valdimarsdottir, H., Rini, C. (2017). Personal resilience resources predict post-stem cell transplant cancer survivors' psychological outcomes through reductions in depressive symptoms and meaning-making. In: *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 35 Issue 6, p666-687
3. Caltabiano, M.L., Ricciardelli, L. (2012). *Applied topics in health psychology*. West Sussex: John Wiley and Sons.
4. Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J., Alvarez, H. (2006). Music for pain relief. *Cochrane Database Systematic Review*.
5. Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Systematic Review*.
6. Elkins, G., Fisher, W., Johnson, A. (2010). Mind-body therapies in integrative oncology. In: *Current Treatment Options In Oncology*. Vol. 11 (3-4), pp. 128-40.
7. Frosch, D.L (2014). R-E-S-P-E-C-T—What it Means to Patients. In: *Journal of General Internal Medicine*, 29(3): 427–428.
8. Freysteinson, W.M. (2012). Use of Mirrors as a Nursing Intervention to Promote Patients' Acceptance of a New Body Image. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol. 16 Issue 5, p533-536. 4p.
9. Grassi, L., Riba, M. (2012). *Clinical psycho-oncology: an international perspective*. West Sussex: John Wiley and Sons.
10. Kanera, I.M., Bolman, C.A., Willems, R.A., Mesters, I., Lecngler, L. (2016). Lifestyle-related effects of the web-based Kanker Nazorg Wijzer (Cancer Aftercare Guide) intervention for cancer survivors: a randomized controlled trial. In: *Journal Of Cancer Survivorship: Research And Practice*. Vol. 10 (5), pp. 883-97.
11. Kapogiannis, A., Tsoli, S., Chrousos, G. (2018). Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In: *Explore*, 1878-7541, 2018 Mar - Apr; Vol. 14 (2), pp. 137-143.
12. Lewis-Smith, H., Diedrichs, P.C., Harcourt, D. (2018). A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. In: *Body Image*, Vol. 27, pp. 21-31.
13. Ļevina, J., Mārtinsone, K. (2016). Psiholoģiskā konsultēšana un psiholoģija Rīgā: RSU
14. Noonan, A., Dwyer, K., DeShea, L., Yeo, T.P. (2016). Using Relaxation and Guided Imagery to Address Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances: A Pilot Study. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Oct2016, Vol. 20 Issue 5, p547-552. 6p.
15. Pérez, S., Galdón, M.J., Andreu, Y., Ibáñez, E., Durá, E., Conchado, A., Cardeña, E. (2014). Posttraumatic Stress Symptoms in Breast Cancer Patients: Temporal Evolution, Predictors, and Mediation. In: *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 27 Issue 2, p224-231.
16. Piet, J., Wurtzen, H., Zachariae, R. (2012). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v80 n6 p1007-1020 Dec 2012.
17. Satterfield, J.M. (2008). *A cognitive-behavioral approach to the beginning of the end of life, minding the body: facilitator guide*. Oxford: Oxford University Press
18. Stirling, M., Greer, S. (2012). *Oxford Guide to Cognitive Behavioural Therapy for People with Cancer (2nd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
19. Taber, J.M., Klein, W.M., Ferrer, R.A., Kent, E.E., Harris, P.R. (2016). Optimism and Spontaneous Self-affirmation are Associated with Lower Likelihood of Cognitive Impairment and Greater Positive Affect among Cancer Survivors. In: *Annals Of Behavioral Medicine*. Vol. 50 (2), pp. 198-209.
20. Vos, M.S., Haes, S.J.M. (2006). Denial in cancer patients, an explorative review. In: *Psycho-Oncology* 16: 12–25 (2007), DOI: 0.1002/pon.1051

21. Wakefield, C.E., Fadrell, J.E., Doolan, E.L., Aaronson, N.K., Jakobsen, P.B., Cohn, R.J., King, M. Participation in psychosocial oncology and quality-of-life research: a systematic review. In: *The Lancet. Oncology*. Vol. 18 (3), pp. e153-e165.
22. *NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Distress management*. Iegūts no: https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Distress_Management.pdf
23. Slimību un profilakses centrs, Veselības statistikas dati. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1/>
24. Onkoloģisko pacientu psihoemocionālās vajadzības aktīvās ārstēšanas periodā un periodā pēc aktīvās ārstēšanas (Onkoloģisko pacientu atgriešanās darba un sociālajā dzīvē). Iegūts no: <http://www.dzivibaskoks.lv/lv/>
25. Baltiņa, D. (2015). Vēža stigma sabiedrībā. LR Veselības ministrijas mājas lapa. Iegūts no: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/veza_stigma_sabiedribakor.pdf
26. Pasaules Veselības organizācija. Faktu lapa par mirstību no neinfekciozajām saslimšanām. Iegūts no: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
27. National Cancer Institute mājaslapa: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> (skatīts 15.09.2018.)
28. Vēža izpētes fonda *Livestrong* mājaslapa: <http://images.livestrong.org/downloads/flatfiles/what-we-do/our-approach/reports/how-cancer/LSSurvivorSurveyReport.pdf> (skatīts 15.09.2018.)
29. Latvijas Ārstu psihoterapeitu asociācijas mājaslapa: <https://www.arstipsihoterapeiti.lv/lv/gimenes-un-paru-terapija.html> (skatīts 5.09.2019.)