

УДК: 618.14-065.819.8

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12\(30\)-1092-1103](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12(30)-1092-1103)

Щербина Микола Олександрович доктор медичних наук, проф. зав. кафедри акушерства та гінекології №1, Харківський Національний Медичний Університет, пр. Науки 4, м. Харків

Полякова Євгенія Миколаївна заочний аспірант, Харківський Національний Медичний Університет, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків, заступник медичного директора КНП «Пологовий будинок №3» ЗМР, вул. Бочарова 11, м. Запоріжжя, <https://orcid.org/0000-0002-1257-1543>

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Анотація. Психосоматична медицина є цілісною галуззю науки, яка акцентує увагу на невід'ємних взаємозв'язках між душевним і фізичним благополуччям. Зростання цікавості до цієї дисципліни вказує на імперативне бажання зрозуміти, як емоційний стан може впливати на фізіологічні процеси організму і навпаки. Серцевою ідеєю психосоматики є визнання, що психічні травми, стрес та інші емоційні розлади можуть стати катализаторами патологічних змін в тілі, а також суттєво ускладнювати процес лікування існуючих захворювань.

Дане дослідження висвітлює психологічний аспект гіперпластичних процесів ендометрію, який до цього часу залишався маловивченим, зокрема в контексті жінок із метаболічним синдромом. Існуючі наукові роботи зосереджені на фізіологічних аспектах цього явища, але психосоматична складова, яка може відігравати ключову роль у розвитку та перебігу захворювань, потребує додаткового освітлення. Відзначено, що у формуванні психосоматичних порушень та у прогресуванні передракових і онкологічних станів ключовими факторами є не лише інтенсивність стресу або дистресу, але й особистісна тривожність та правильне сприйняття свого здоров'я. Адже ефективність лікування, здатність йти нахил до дотримання медичних рекомендацій, профілактичних ініціатив, а також усунення особистих ризикових факторів прямо корелює з психологічним профілем пацієнта, наскільки сильно він вражений стресом та як на це реагує.

За допомогою систематичного анкетування 113 жінок, яке було проведено на двох етапах (до та після проведення гістероскопії), було зібрано значущу кількість даних, що дозволяють глибше оцінити психоемоційний стан пацієнток. Жінки були розподілені на підгрупи з урахуванням специфіки їхнього захворювання, що допомогло уникнути спотворення результатів і забезпечило більш точну інтерпретацію даних.

Для аналізу психоемоційного стану були використані тест Спілбергера та шкалу тривоги Бека, а також стандартний опитувальник SF-36, який вивчає якість життя пацієнтів. Завдяки цьому вдалося не лише визначити рівень тривожності у жінок, але й визначити, як вони самі оцінюють своє фізичне та психічне здоров'я.

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, метаболічний синдром, психосоматика

Shcherbina Mykola Oleksandrovykh Doctor of Medicine Professor, Kharkiv National Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology #1, Head of department, Nauky Ave., 4, Kharkiv

Poliakova Yevheniia Mykolayivna Interim medical director, Municipal Non-Commercial Enterprise “Maternity Hospital #3” of the Zaporizhzhia City Council, Bocharova St., 11, Zaporizhzhia, <https://orcid.org/0000-0002-1257-1543>

PSYCHOLOGICAL STATE IN WOMEN WITH HYPERPROLIFERATIVE PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM AND METABOLIC SYNDROME

Abstract. Psychosomatic medicine is an integrated branch of science that emphasizes the intrinsic interconnections between mental and physical well-being. The growing interest in this discipline points to an imperative desire to understand how emotional states can influence physiological processes in the body and vice versa. At the heart of psychosomatics is the recognition that psychological traumas, stress, and other emotional disorders can catalyze pathological changes in the body and significantly complicate the treatment process of existing diseases.

This study sheds light on the psychological aspect of endometrial hyperplastic processes, which until now remained under-researched, especially in the context of women with metabolic syndrome. Existing scientific works focus on the physiological aspects of this phenomenon, but the psychosomatic component, which could play a pivotal role in the development and course of diseases, requires additional exploration. It is noted that in the formation of psychosomatic disorders and the progression of precancerous and oncological states, key factors include not only the intensity of stress or distress but also individual anxiety and proper health perception. After all, the effectiveness of treatment, the ability and inclination to adhere to medical recommendations, preventative initiatives, and the elimination of personal risk factors directly correlates with a patient's psychological profile, how strongly they are affected by stress, and how they react to it.

Through systematic surveying of 113 women conducted in two phases (before and after undergoing hysteroscopy), a significant amount of data was collected, allowing for a deeper assessment of the patients' emotional state. Women were

divided into subgroups considering the specifics of their diseases, which helped avoid data distortion and ensured a more accurate interpretation of the results.

For the analysis of the emotional state, the Spielberger test and Beck's anxiety scale were used, along with the standard SF-36 questionnaire, which studies patients' quality of life. This not only determined the level of anxiety in women but also ascertained how they self-assess their physical and mental health.

Keywords: Endometrial hyperplasia, metabolic syndrome, psychosomatics

Постановка проблеми. На сучасному рівні медичних знань існування психосоматичних відхилень не викликає сумнівів. Існують спеціалізовані галузі в медицині та психології, які досліджують взаємозв'язок між психологічними факторами та фізичними захворюваннями, а також їх еволюцію з появою тілесних проблем [1–3]. Відомо, що патології в різних органах можуть супроводжуватися емоційними перебоями, створюючи циклічний процес психологічних та соматичних впливів, який негативно впливає на подальший перебіг захворювання.

Аналіз основних досліджень і публікацій. Аналіз показав: психологічні аспекти особистості, життєвого стилю та конфліктних моментів можуть впливати на фізіологічне здоров'я. Емоційні вибухи, що призводять до викидів різних речовин, стають факторами ризику для нормальної роботи органів і можуть спричиняти ряд захворювань. Деякі психологічні фактори, які впливають на такі захворювання як астма, ішемія, гіпертензія і інші, вже добре вивчені [4–7].

Відзначено [6,8–15], що у формуванні психосоматичних порушень та у прогресуванні передракових і онкологічних станів ключовими факторами є не лише інтенсивність стресу або дистресу, але й особистісна тривожність та правильне сприйняття свого здоров'я. Адже ефективність лікування, здатність й нахил до дотримання медичних рекомендацій, профілактичних ініціатив, а також усунення особистих ризикових факторів прямо корелює з психологічним профілем пацієнта, наскільки сильно він вражений стресом та як на це реагує. Отже, важливим є дослідження психоемоційного багатства жінок з ключовими ризиковими факторами, такими як інсулінорезистентність, вісцеральна ожиріння та гіпертонія, а саме у тих, хто має метаболічний синдром.

Однак, інформація про психосоматичні реакції при гіперпластичних змінах ендометрію в літературі є обмеженою. Зокрема, відсутні дані про взаємозв'язок психосоматики з гіперпроліферативними процесами ендометрію у пацієнок з гіперінсулінемією або метаболічним синдромом.

Мета статті. Основною ціллю дослідження є – аналіз психологічних відхилень та визначення їх важливості залежно від характеру гіперпроліферативного процесу та етапу діагностики.

Виклад основного матеріалу. Обстежено 113 жінок. З цієї кількості 25 осіб без відхилень в ендометрії але із МС утворили контрольну групу. Головну групу становили пацієнтки з активними процесами в ендометрії та метаболічним синдромом: 24 особи з ГЕ без атипії (1 підгрупа), 16 з атиповою ГЕ (2 підгрупа), 24 жінки з поліпами (3 підгрупа) та 24 особи з ГЕ та поліпами (4 підгрупа).

Опитування відбувалось під час регулярного УЗД до моменту, коли пацієнтці повідомили діагноз, щоб уникнути впливу діагнозу на їх психологічний стан. Для жінок головної групи друге опитування проводилося перед гістероскопією (приблизно через 3-4 тижні після УЗД). Обробка даних здійснювалась після отримання гістологічних результатів.

Для вивчення психоемоційного фону використовували тест Спілбергера, шкалу тривожності Бека та опитувальник SF-36. Усі анкети жінки заповнювали онлайн, при цьому результати реєструвалися лікарем.

Шкала Спілбергера показала, що у жінок контрольної групи (з метаболічним синдромом без ендометріальної патології) показники ситуативної тривожності варіювалися від 25 до 68 балів з середнім значенням $37,6 \pm 1,8$ балів, що свідчить про середній рівень тривожності. Для жінок головної групи на початковому етапі дослідження ці показники не відмінні від контрольних значень. Однак, навіть після гістологічного діагнозу і розділення на підгрупи, значущі відмінності в рівні ситуативної тривожності не спостерігалися.

Більш докладний розбір показав, що середній рівень тривожності визначався у 72% жінок. Лише 12% мали низький рівень, а 16% - високий рівень тривожності. Така ж динаміка спостерігалася і в інших підгрупах.

Особистісна тривожність також мала подібний розподіл. Різниця між контрольною та головною групами була незначуща, із середніми значеннями 31,3 та 33,0 балів відповідно. Це вказує на збільшену психологічну напругу у жінок із метаболічним синдромом, але ця тривожність не є критично високою. Загалом, у контрольній групі 8% жінок мали низьку, 12% - високу, а у 80% - помірну особисту тривожність. Схожі показники були й у інших підгрупах, де переважав помірний рівень тривожності.

Для того, щоб оцінити вплив тривожності на досліджуваних жінок, було застосовано тестування за Бековою шкалою депресії. З результатів дослідження з'ясувалося, що серед 25 учасниць контрольної групи лише 3 (12,0%) не мали симптомів депресії. При цьому 2 жінки (8,0%) демонстрували помірну депресію, а у 20 (80,0%) діагностовано легку депресію. Зауважимо, що при початковому обстеженні жодна з них не зверталася з скаргами на емоційні проблеми чи депресію. При цьому, не дивлячись на наявність метаболічного синдрому або ожиріння, вони не виявляли явних ознак депресії. Це свідчить про те, що жінки старше 45 років живуть у своєму сприйнятті краси та самооцінки, яке є досить лояльним до їх зовнішності.

В групі жінок з метаболічним синдромом та діагностованою ендометріальною патологією картина була іншою. Тут лише 8,0% не мали депресії, 13,0% мали легкі симптоми, 13,6% помірні, а 3,4% виявили виражені симптоми депресії. Здивовано, що вони також вважали свої симптоми результатом суспільних турбот, а не медичної проблеми.

Подальший аналіз розкрив взаємозв'язок між типом ендометріальної патології та депресією. У підгрупі з гіперплазією ендометрія, 12,5% жінок були без симптомів, 12,5% мали помірні симптоми, а 75,0% - легку депресію. У підгрупі з поліпами ендометрію розподіл був наступний: 8,3% без депресії, 75,0% з легкою, та 16,7% з помірною. В останній підгрупі, де комбінувалися поліпи та гіперплазія, 4,2% були без симптомів, 70,8% з легкою депресією та 25,0% з помірною.

У 2 підгрупі, де пізніше виявили гіперплазію із атипією, ситуація мала відмінності. Із 16 жінок лише одна не мала признаков депресії. Легку депресію спостерігали у 6 (37,5 %) пацієток, помірну - також у 6 (37,5 %), глибоку - у 3 (18,8 %), дуже тяжку - не виявлено. Жодна з цих пацієток не визнавала наявності у себе депресії, не зверталась до спеціаліста, не отримувала лікування або користувалась рослинними седативами. Можливо, їхній фізичний стан, що не проявлявся зовні, все-таки мав вплив на психіку, погіршуючи або викликаючи депресивний стан. Це своєрідне зачароване коло психосоматичних розладів, яке потребує цілеспрямованого лікування.

Ясно, що будь-які психологічні коливання впливають на якість життя жінок. Якість життя відображає загальний фізичний, психічний та соціальний благополуччя особи. Для аналізу якості життя часто користуються опитувальником SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36). Цей інструмент широко використовується для всебічної оцінки якості життя пацієнтів. Опитувальник SF-36 включає 8 параметрів. Перші 4 фокусуються на фізичному аспекті: фізична активність (PF), рольове виконання обов'язків (RP), інтенсивність болю (BP) та загальний статус здоров'я (GH). Підсумок - це комплексний показник фізичного благополуччя (PCS). Останні 4 параметри відображають психічний статус: вітальність (VT), соціальні взаємодії (SF), рольове виконання завдань, пов'язаних із емоційним станом (RE) та психічне здоров'я (MH).

Дослідження показали, що жінки контрольної групи, які прийшли на регулярне УЗД та у яких не виявили патологій, мали фізичну активність на рівні вікової норми (45+ років). Хоча вони й мали тенденцію до пониження функціональності. У жінок головної групи (усіх 4 підгруп) фізичний показник був менший на 8,4 %. Найнижчий показник у цих жінок був знижений, переміщуючись з 85 балів у жінок без ендометріальних розладів до 70 балів при їх наявності.

Дослідження стану різних груп з певними захворюваннями виявило конкретні характеристики. У кожному з підрозділів мінімальний показник

фізичної активності був менший у порівнянні з контрольною групою. Наприклад, у першій підгрупі з гіперплазією ендометрія без атипії цей показник знизився на 7,1%, у другій (з атиповою гіперплазією) – на 11,0%, у третій з поліпами – на 7,5%, а в четвертій (з гіперплазією та поліпом) – на 8,1%.

Цікавим є виявлений момент, що скриті органічні відхилення впливають на фізичний стан деяких жінок, не даючи їм про це знати. Причому жінки з атипічною гіперплазією мають найбільше втрат у фізичних здібностях. У інших підгрупах зі здоров'ям, не пов'язаним з пухлинами, показники фізичного стану були подібними між собою, але значущо менші, ніж у контрольній групі.

Взагалі, середній показник фізичної активності в досліджуваних групах був великий (80,4), що вказує на відсутність проблем з фізичними вправами. Проте, ретельний аналіз показав, що більшість жінок відчуває певні обмеження в фізичній активності.

Фізичне функціонування відображає міру, в якій фізичні обмеження впливають на рухи, а рольове – як це впливає на їхню повсякденну діяльність. Показники рольового функціонування вказують на високу активність жінок 45 років та старше, незалежно від ваги та наявності метаболічних проблем.

Але, коли ми розглядаємо жінок основної групи, вони не відчувають, що їхній стан обмежує їхню діяльність. Проте, деталізований аналіз показує іншу картину: багато жінок відчуває певні обмеження в їхній повсякденній діяльності.

Загалом, жінки з певними проблемами з ендометрією мають менші показники рольового функціонування. Ці дані підтверджують, що навіть незначні медичні проблеми можуть впливати на якість життя, що підкреслює важливість регулярного моніторингу здоров'я жінок.

Отримані відповіді від респондентів підтверджують, що сила болю (ВР) у жінок контрольної групи була в межах природних вікових параметрів і не перевищувала відмінності у 20% від стандартного показника (100 балів).

В головній групі середнє бальне значення знизилося на 1,7 бали, що визнано недостовірним ($P < 0,05$).

Аналізуючи дані обстежених пацієнток із гіперпластичними змінами ендометрію, інтенсивність болю демонструвала невеликі відхилення: у першій підгрупі - 1,2%; у другій - 6,3%; у третій - 0,0%; і у четвертій - 1,4%. Таким образом, статистичних відмінностей в інтенсивності болю між різними підгрупами не було виявлено. Тільки у групі з атиповою гіперплазією спостерігалась тенденція до сильніших болючих відчуттів, але ці дані не були статистично значущими ($P < 0,05$).

Отже, дослідження показують, що гіперпроліферативні процеси ендометрію не викликають больових симптомів, не впливають на якість життя жінки і не можуть служити критерієм для оцінки її стану або визначення патології.

Одним із аспектів оцінки фізичного здоров'я за шкалою SF-36 є загальний стан здоров'я. Дослідження показали, що у всіх респонденток цей

показник був на доброму рівні, проте найвищі значення зафіксовано у контрольній групі. У головній групі середнє бальне значення було менше на 7,7 бали (8,7%). Відмічено також більший розмах бальних оцінок: 44-95, у порівнянні з контрольною групою, де цей розмах складав 86-100 балів.

При детальному розгляді загального стану здоров'я в розрізі типів патології, було виявлено, що в першій підгрупі середнє значення майже співпадає з контрольною групою, знизившись лише на 0,9%. Також незначні відмінності ($P > 0,05$) були в третій підгрупі з показником менше на 2,4%. Найбільше зниження показника спостерігалось у підгрупі з атиповою гіперплазією, де було на 22,2% менше ($P < 0,05$). У четвертій підгрупі показник також зменшився, але не так значущо - на 9,5%.

Щодо коливань бальних оцінок серед жінок з доброякісними процесами ендометрію, вони були майже однаковими і склали 23, 24, 25 балів у підгрупах 1, 3 і 4. У жінок із передраковими станами (гіперплазія з атипією, друга підгрупа) розмах був 37 балів.

Загальний показник фізичного здоров'я (як частини якості життя), вказує на те, що якість життя жінок з метаболічним синдромом, але без патології ендометрія, досить висока і в середньому складає 86,2 бали з можливими коливаннями від 74 до 100 балів.

Під час детального розгляду різних груп, виявилось, що між першою, третьою та четвертою групами значущих відмінностей в середній оцінці загального стану фізичного здоров'я немає ($P > 0,05$). Різниця між цими групами та контрольною групою варіювалася: 3, 3 та 5,7 балів відповідно. Однак для другої підгрупи (жінки з атиповою гіперплазією) ця різниця досягла 11,1 балів (12,9 %) і була значущою ($P < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою.

Таким чином, наші висновки вказують на невідповідність самооцінки стану фізичного здоров'я у жінок із метаболічним синдромом та порушеннями ендометрію. Це підкреслює важливість використання додаткових методів діагностики, таких як анкетування, для виявлення пацієток, що потребують детального обстеження.

Якість життя особи не завжди відображає її фізичний стан. Часто люди з обмеженнями в русі вважають своє життя якісним, тоді як здорові і матеріально достатні особи можуть відчувати незадоволення своїм життям або навіть допускати думки про самогубство. Тому психологічний аспект здоров'я відіграє ключову роль при оцінці якості життя.

Жінки контрольної групи (те, що мають метаболічний синдром без гінекологічних відхилень) мали достатньо високий рівень життєвої активності для своєї вікової категорії - 85,8 балів. Проте жінки з гіперпроліферативними захворюваннями ендометрія мали середній показник лише 77,0 балів, що на 10,3 % менше в порівнянні з контрольною групою.

Аналіз показав, що у різних групах відзначались різні рівні життєвої активності. Значущі відмінності були лише у другій групі, зокрема у жінок з атиповою гіперплазією ендометрія. Ці дані підтверджують глибокий зв'язок між фізичним і психологічним станом особи, навіть якщо вони не повністю розуміють чи не можуть виразити ці зміни. Це підкреслює важливість оцінки психоемоційного стану, особливо при відсутності очевидних симптомів.

Соціальне функціонування (SF) є важливою складовою психологічної сторони здоров'я. За результатами оцінки за шкалою SF-36, жінки з групи порівняння мали високий рівень соціальної активності, незалежно від зайвої ваги чи інших медичних показників. Цей рівень варіювався від 77 до 96 балів, свідчаючи про активне соціальне життя особин з нормальним здоров'ям.

У головній групі жінок, з виявленою ендометріальною проблематикою, соціальна активність була нижчою на приблизно 8 балів. Проте це стосувалося не всіх підгруп учасниць.

Жінки з першої підгрупи, що мали стандартну гіперплазію ендометрію, демонстрували лише невелике зниження соціальної активності на 4,5%. Але жінки з другої підгрупи, з атиповою гіперплазією, мали соціальну активність на 20,8% нижчу від групи порівняння.

Жінки з третьої та четвертої підгруп (з поліпами та комбінованою проблематикою) показали результати, схожі на пацієток першої підгрупи, але з незначною різницею від групи порівняння.

Ролева емоційна активність (RE) відображає, наскільки емоційний стан особи впливає на її здатність до роботи та повсякденних звичок. Вона визначає ефективність виконання обов'язків та якість роботи особи.

Після опитування встановлено, що емоційне рольове функціонування жінок із метаболічним синдромом, але без гінекологічних захворювань, хоча і зменшено, але не є критичним. Варіабельність оцінок учасниць коливалася між 66 та 97 балами, середнє значення дорівнювало 79,8 балів. Отже, деякі учасниці демонстрували високий рівень емоційного функціонування, тоді як інші мали понижені показники.

В основному дослідженні бальна оцінка емоційного функціонування жінок виявилася нижчою на 8,4 бали (10,5 %). Це підтверджує, що жінки, стараючись зберегти роботу, вдома показують свій реальний психологічний стан, при цьому часто вважаючи його лише тимчасовим.

У першій групі пацієток рольове емоційне функціонування знизилося на 9,7 % у порівнянні з контрольною групою. Зауважується зниження як мінімальної, так і максимальної оцінки. Однак усі вони здатні виконувати свої обов'язки, хоча і можуть потребувати більше часу.

В другій групі пацієток бальна оцінка емоційного функціонування знижена на 16,4 %. Зі зменшенням і мінімальної, і максимальної оцінки. Ці дані вказують на труднощі в адаптації до повсякденних завдань у жінок із певними здоров'ями.

Пацієнтки третьої та четвертої груп показали середні оцінки, які були подібними до першої групи. У них була можливість задовільного виконання своїх обов'язків.

Жінки контрольної групи (із метаболічним синдромом, але без патологій ендометрію) мали середню оцінку у 86,7 балів. Це показує, що деякі з них, незважаючи на свій стан здоров'я, змогли повноцінно реалізовувати свої можливості.

Жінки з гіперпроліферативними станами ендометрію показали знижену середню оцінку в 80,4 балів, що на 7,3 % менше порівняно з контрольною групою.

Психологічний стан першої, третьої та четвертої групи був майже однаковим, без значущої різниці. Невеликі відмінності в балах спостерігались між цими групами, але порівняно з контрольною групою різниця була більша. Зокрема, у жінок з доброякісними захворюваннями ендометрію спостерігається тенденція до погіршення психічного стану, але такі зміни не вважались їми критичними.

Проте у другій групі, де жінки мають передракове захворювання (атипова гіперплазія ендометрію), стан психічного здоров'я значно гірший порівняно з іншими групами. Різниця в балах демонструє це.

Результати дослідження показують, що самооцінка психічного стану у жінок з інсулінрезистентністю та доброякісними процесами ендометрію нижча, ніж у жінок без захворювань ендометрія. Особливо увагу потребують жінки з передраковими станами, які відчувають психосоматичні порушення.

Загалом жінки з інсулінрезистентністю і зайвою вагою мають стабільний психологічний стан. Більшість із них не турбуються через свою вагу і не роблять спроб зменшити її, хоча не задоволені своїм зовнішнім виглядом. Проблеми зовнішності хвилюють їх більше, ніж можливий негативний вплив ожиріння на здоров'я.

Середнє значення оцінки загального психічного здоров'я за шкалою SF 36 для жінок із гіперпроліферативними розладами ендометрію та інсулінрезистентністю виявилось трохи меншим (на 9,2%) в порівнянні із жінками без гінекологічних проблем, дорівнюючи 76,9 балів. Проте, якщо розділити пацієнок на тих, хто має тільки доброякісні розлади, і тих, у кого є передракові стани, картина змінюється. У жінок із доброякісними розладами середня оцінка становила 79,2 бали, на 6,5% менше за контрольну групу, тоді як у групі з передраковими станами ця цифра менша на 17,6%, що є статистично значущою і суб'єктивно відчутною різницею.

Між різними категоріями доброякісних гіперпроліферативних розладів відмінність у бальній оцінці не була статистично значущою. Наприклад, між першою та третьою групами (жінки із гіперплазією без атипії та жінки із поліпами) відмінність становила лише 0,5 балів (або 0,6%, з $P > 0,05$). Щодо другої групи (гіперплазія з атипією) різниця з I, III, IV групами дорівнювала 8,7; 9,2; 10,1 балів відповідно, що було статистично значущо ($P < 0,05$).

Висновки.

1. Захворювання ендометрію впливають на психоемоційний стан жінок із метаболічним синдромом, впливаючи на їхню якість життя. Ці впливи часто залишаються непоміченими самими пацієнтками, але детальне опитування виявляє справжні обставини
2. Збільшена серйозність соматичної патології, такої як передракові ушкодження, пов'язана з психологічними проблемами та зниженням якості життя навіть перед їх об'єктивним виявленням.
3. Більшість пацієнток часто не усвідомлюють повну картину свого фізичного і психологічного благополуччя, не помічаючи зміни в якості життя, тому важливо застосовувати специфічні опитувальники під час медичних консультацій.
4. Оцінка психоемоційного стану за допомогою опитувальників може бути додатковим інструментом для оцінки здоров'я. Він не вимагає значних фінансових вкладень чи спеціалізованого обладнання, може проводитись онлайн і може служити попереджувальним тестом для детального медичного обстеження.

Література:

1. Wagner-Skacel J, Matzer F, Kohlhammer-Dohr A, Dalkner N, Jauk E. Assessment of personality functioning in psychosomatic medicine. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2022; 134(15–16): 602–610. DOI: 10.1007/s00508-021-01993-x.
2. Jiang W, Zhang Y, Turner JA, Yuan Y. Editorial: Psychosomatic medicine in general hospitals: Cross-Disorder and interdisciplinary collaboration. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 13: 1099678. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1099678.
3. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2017; 86(1): 13–30. DOI: 10.1159/000448856.
4. Pedersen SS, von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology* 2017; 24(3_suppl): 108–115. DOI: 10.1177/2047487317703827.
5. Pierce JB, Kershaw KN, Kiefe CI, Jacobs DR, Sidney S, Merkin SS, *et al.* Association of Childhood Psychosocial Environment With 30-Year Cardiovascular Disease Incidence and Mortality in Middle Age. *Journal of the American Heart Association* 2020; 9(9): e015326. DOI: 10.1161/JAHA.119.015326.
6. Plaza-González S, Zabala-Baños MDC, Astasio-Picado Á, Jurado-Palomo J. Psychological and Sociocultural Determinants in Childhood Asthma Disease: Impact on Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(5). DOI: 10.3390/ijerph19052652.
7. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. [Should psychological events be considered cancer risk factors?]. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2009; 57(2): 113–123. DOI: 10.1016/j.respe.2008.12.012.
8. Xu J, Wang R, Han Q, Zuo Y, Sun J, Chen B, *et al.* Integration of clinical features and sociodemographic factors: a simplified prognostic model for patients with multiple myeloma based on a double-center retrospective analysis. *American Journal of Cancer Research* 2023; 13(3): 1038–1048.

9. Torres-Juárez K V, Queiroga FL, Romero-Romero LP. The Nervous System as a Regulator of Cancer Hallmarks: Insights into Therapeutic Implications. *Cancers* 2022; 14(18): 4372. DOI: 10.3390/cancers14184372.
10. Afrisham R, Paknejad M, Soliemanifar O, Sadegh-Nejadi S, Meshkani R, Ashtary-Larky D. The Influence of Psychological Stress on the Initiation and Progression of Diabetes and Cancer. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 2019; In Press(In Press). DOI: 10.5812/ijem.67400.
11. Powell ND, Tarr AJ, Sheridan JF. Psychosocial stress and inflammation in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* 2013; 30: S41–S47. DOI: 10.1016/j.bbi.2012.06.015.
12. Antonova L, Aronson K, Mueller CR. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research* 2011; 13(2): 208. DOI: 10.1186/bcr2836.
13. Soung NK, Kim BY. Psychological stress and cancer. *Journal of Analytical Science and Technology* 2015; 6(1): 30. DOI: 10.1186/s40543-015-0070-5.
14. Kruk J, Aboul-Enein BH, Bernstein J, Gronostaj M. Psychological Stress and Cellular Aging in Cancer: A Meta-Analysis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2019; 2019: 1270397. DOI: 10.1155/2019/1270397.
15. Yang T, Qiao Y, Xiang S, Li W, Gan Y, Chen Y. Work stress and the risk of cancer: A meta-analysis of observational studies. *International Journal of Cancer* 2019; 144(10): 2390–2400. DOI: 10.1002/ijc.31955.

References:

1. Wagner-Skacel J, Matzer F, Kohlhammer-Dohr A, Dalkner N, Jauk E. Assessment of personality functioning in psychosomatic medicine. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2022; 134(15–16): 602–610. DOI: 10.1007/s00508-021-01993-x.
2. Jiang W, Zhang Y, Turner JA, Yuan Y. Editorial: Psychosomatic medicine in general hospitals: Cross-Disorder and interdisciplinary collaboration. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 13: 1099678. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1099678.
3. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2017; 86(1): 13–30. DOI: 10.1159/000448856.
4. Pedersen SS, von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology* 2017; 24(3_suppl): 108–115. DOI: 10.1177/2047487317703827.
5. Pierce JB, Kershaw KN, Kiefe CI, Jacobs DR, Sidney S, Merkin SS, *et al.* Association of Childhood Psychosocial Environment With 30-Year Cardiovascular Disease Incidence and Mortality in Middle Age. *Journal of the American Heart Association* 2020; 9(9): e015326. DOI: 10.1161/JAHA.119.015326.
6. Plaza-González S, Zabala-Baños MDC, Astasio-Picado Á, Jurado-Palomo J. Psychological and Sociocultural Determinants in Childhood Asthma Disease: Impact on Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(5). DOI: 10.3390/ijerph19052652.
7. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M. [Should psychological events be considered cancer risk factors?]. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2009; 57(2): 113–123. DOI: 10.1016/j.respe.2008.12.012.
8. Xu J, Wang R, Han Q, Zuo Y, Sun J, Chen B, *et al.* Integration of clinical features and sociodemographic factors: a simplified prognostic model for patients with multiple myeloma based on a double-center retrospective analysis. *American Journal of Cancer Research* 2023; 13(3): 1038–1048.
9. Torres-Juárez K V, Queiroga FL, Romero-Romero LP. The Nervous System as a Regulator of Cancer Hallmarks: Insights into Therapeutic Implications. *Cancers* 2022; 14(18): 4372. DOI: 10.3390/cancers14184372.

10. Afrisham R, Paknejad M, Soliemanifar O, Sadegh-Nejadi S, Meshkani R, Ashtary-Larky D. The Influence of Psychological Stress on the Initiation and Progression of Diabetes and Cancer. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* 2019; In Press(In Press). DOI: 10.5812/ijem.67400.
11. Powell ND, Tarr AJ, Sheridan JF. Psychosocial stress and inflammation in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* 2013; 30: S41–S47. DOI: 10.1016/j.bbi.2012.06.015.
12. Antonova L, Aronson K, Mueller CR. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Research* 2011; 13(2): 208. DOI: 10.1186/bcr2836.
13. Soung NK, Kim BY. Psychological stress and cancer. *Journal of Analytical Science and Technology* 2015; 6(1): 30. DOI: 10.1186/s40543-015-0070-5.
14. Kruk J, Aboul-Enein BH, Bernstein J, Gronostaj M. Psychological Stress and Cellular Aging in Cancer: A Meta-Analysis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2019; 2019: 1270397. DOI: 10.1155/2019/1270397.
15. Yang T, Qiao Y, Xiang S, Li W, Gan Y, Chen Y. Work stress and the risk of cancer: A meta-analysis of observational studies. *International Journal of Cancer* 2019; 144(10): 2390–2400. DOI: 10.1002/ijc.31955.