УДК: 618.19-006.6-089.87-02:616.89-008.44

РІВНІ РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МАСТЕКТОМІЮ З ПРИВОДУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

І.І. Анікіна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра психіатрії, психології та сексології (зав. - доктор мед. наук, доцент Р.І. Білобривка)

Реферат

Мета. *У статті підкреслюється важливість вивчення ступеню тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози. Робота ґрунтується на аналізі опитування 130 жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ, котрі перебували на лікуванні в Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі.*

Матеріал і методи. *Для визначення рівнів особистісної та реактивної тривожності проведено анкетування за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна. Показник результату за кожною шкалою був у межах від 20 до 80 балів. Оцінку рівнів тривожності за результатами анкетування здійснювали за такими критеріями: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності. За результатами анкетування встановлено, що у 33,08±4,13% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ визначено високий ступінь реактивної тривожності, тоді як у 5,38±1,08 % анкетованих - високий ступінь особистісної тривожності.*

Результати й обговорення. *У ході проведення дослідження ми вивчили низку анамнестичних та клінічних ознак кожної із жінок, які перенесли мастектомію з причини РМЗ. У подальшому було проведено кореляційний аналіз для визначення тих клініко-анамнестичних ознак, із якими існував взаємозв'язок із значенням балу особистісної тривожності. Встановлено, що бал особистісної тривожності зростає у жінок, які здобули вищу або мають незакінчену вищу освіту та, відповідно, виконують інтелектуальний тип роботи. Водночас, вищий бал особистісної тривожності спостерігався у жінок, які одружені та проживають спільно із чоловіком. Встановлено залежність щодо збільшення балу особистісної тривожності із надмірним споживанням м'ясних продуктів, а також при недостатньому споживанні бета-каротину та вітаміну Е. Констатується той факт, що при наявності в анамнезі пієлонефриту та хвороби Боткіна рівень особистісної тривожності наростає, водночас при наявності ревматоїдного артриту; алергічних реакцій на медикаменти та речовини тваринного або рослинного походження; цукрового діабету першого типу, артерійної гіпертонії, жовчнокам'яної хвороби, вузлового зобу та ревматизму бал особистісної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з причини РМЗ зменшується.*

Висновок. *Ці фактори у перспективі можна застосувати як чинники ризику або ж навпаки превентивні фактори при передбаченні високого балу особистісної тривожності у кожної конкретної пацієнтки. Загалом отримані результати нададуть змогу опрацювати та запровадити алгоритм психологічної підтримки хворих жінок впродовж всіх етапів онкологічного захворювання.*

Ключові слова: *рак молочної залози, психологічні чинники, здоров'я, тривожність*

Abstract

LEVELS OF STATE AND TRAIT ANXIETY IN WOMEN AFTER MASTECTOMY FOR BREAST CANCER

I.I. ANIKINA
The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. *To study anxiety levels in women after mastectomy for breast cancer.*

Methods. *To assess levels of trait and state anxiety, a survey was conducted using the Spielberg-Khanin State-Trait Anxiety Inventory of 130 post-mastectomy female patients admitted to the Lviv Regional Oncology Treatment and Diagnostics Centre. The score on each scale fell into the range from 20 to 80 points. Anxiety levels were evaluated according to the following criteria: up to 30 points corresponded to a low anxiety level; 31-45 points was a medium anxiety level; and greater than 45 points was a high anxiety level. The survey results showed high levels of state anxiety in 33.08%±4.13% of the respondents after mastectomy surgery for breast cancer, whereas 5.38%±1.08% of the patients had high levels of trait anxiety.*

Results. *The research involved studying a number of clinical and historical characteristics of the post-mastectomy patients. Further correlation analysis determined those characteristics that were related to the trait anxiety score. The trait anxiety score was found to be higher in women who had college and university degrees and worked in relevant jobs. At the same time, higher trait anxiety scores were observed for married women living with their spouses. Furthermore, increased trait anxiety was correlated with excessive consumption of meat products and lack of B-carotene and vitamin E. It was noted that a history of pyelonephritis and hepatitis increased trait anxiety in women after mastectomy for breast cancer, while rheumatoid arthritis, allergic reactions to drugs and substances of animal and vegetable origin, type 1 diabetes mellitus, arterial hypertension, gallstone disease, nodular goitre, and rheumatism were related to lower trait anxiety.*

Conclusions. *These findings can be prospectively used to identify risk factors or preventive factors in cases of predicted high trait anxiety score for each individual patient. Generally, the results will help develop and implement an algorithm of psychological support for women at all stages of breast cancer.*

Keywords: *breast cancer, psychological factors, health, anxiety*

Вступ

Ріст поширеності захворювань на рак молочної залози у жінок та значне омолодження цієї хвороби призводить до збільшення кількості пацієнтів із патологічними реакціями, що маніфестують у зв'язку із цим захворюванням. За джерелами літератури існують різноманітні варіанти відношення до цієї хвороби, зокрема визначено астенодепресійні, психоастенічні, іпохондричні, істеричні, ейфорійно-анозогнозійні особливості особистості.

При астенодепресійному варіанті спостерігається емоційна нестійкість, нетерпимість до подразників, послаблення спонукання до тривожності. Такий стан сприяє неправильному відношенню до хвороби, сприйняттю в сутінкових відтінках усіх подій, що загалом несприятливо впливає на перебіг захворювання і знижує успіх лікування.

У пацієнток, яким притаманний психоастенічний варіант відмічаються переконання щодо тяжких наслідків, у них постійно виникають запитання щодо своєї хвороби, вони часто відвідують різних лікарів, пригадують симптоми хвороби, які були у рідних, знайомих та знаходять їх ознаки у себе. Водночас при іпохондричному варіанті менш виявлена тривога і сумніви, а наявне більше переконання в наявності хвороби.

При істеричному варіанті пацієнтками все оцінюється з перебільшеннями. Вони надто емоційні, схильні до фантазій особистості, начебто "живуть" хворобою, надають їй значення надзвичайності, особливого, неповторного страждання. Вони потребують до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих в нерозумінні, недостатньому співчутті до їх страждань.

Хворі у яких є ейфорійно-анозогнозійний варіант характеризуються неувагою до свого здоров'я, запереченням хвороби, відмовами від досліджень та медичних призначень.

Згідно досліджень низки авторів на реакцію особистості і підтримку цієї реакції впливає ряд чинників, із-поміж яких вирізняють характер діагнозу, зміну фізичної повноцінності і зовнішності, зміни положення в сім'ї чи суспільстві; життєві обмеження чи позбавлення, пов'язані з хворобою, а також необхідність у операційному лікуванні.

Настроювання індивіда на видужування чи хворобу отримує важливе, якщо не головне, значення для розвитку і протікання різних хвороб, в тому числі і раку молочної залози.

Значущі негативні реакції на хворобу провокують психічні розлади, які набувають особливого значення в аспекті інтегрованої діагностики та адекватної лікувальної тактики при онкологічній патології і безпосередньо впливають на якість життя пацієнток [3, 4, 5].

Незважаючи на значну кількість досліджень психологічного аспекту онкологічних захворювань, вивчення психологічних особливостей та ставлення до хвороби безпосередньо жінок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), залишається недостатнім [1]. У вітчизняній літературі майже не представлена загальна система психологічної підтримки хворих жінок впродовж всіх етапів онкологічного захворювання, тоді як принцип поступовості та постійності психологічного впливу сприяє створенню адекватних способів пристосування онкологічними хворими до складної життєвої ситуації [2, 6].

Матеріал і методи

Проведено опитування 130 жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ, котрі перебували на лікуванні в Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі. Середній вік анкетованих склав 57,47±0,58 років.

Для виявлення тривожних проявів здійснено анкетування за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна. Даний опитувальник складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?"). На кожне запитання пропонувались 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою міг знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів.

Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами анкетування здійс-

Таблиця 1

Поділ жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ за ступенем реактивної тривожності (згідно даних опитувальника Спілбергера-Ханіна)

Бали	Ступінь реактивної тривожності	Кількість жінок (n)	Частка, %
< 30	Низький	15	11,54±2,80
31-45	Середній	72	55,38±4,36
> 45	Високий	43	33,08±4,13
		130	100,00

нювалася за такими критеріями: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням програм "Excel for Windows" та "Statistica" шляхом розрахунку відносних показників, а також середніх величин і їхніх стандартних похибок. Якщо первинні дані були представлені кількісними показниками (наприклад бал особистісної тривоги, ріст, маса, вік пацієнток), то для розрахунку коефіцієнтів кореляції було застосовано метод Пірсона. Водночас якщо первинні дані були представлені напівкількісними або якісними показниками (наприклад розподіл пацієнток за отриманою освітою чи сімейним станом), то нами для розрахунку коефіцієнтів кореляції застосовувався метод Спірмена.

Мета дослідження - наукове обґрунтування доцільності вивчення рівнів особистісної та реактивної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ для розробки програм надання психологічної допомоги цій категорії пацієнток.

Результати й обговорення

Результати проведеного анкетування за опитувальником Спілбергера-Ханіна засвідчують про те, що у більшості (55,38±4,36%) жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ рівень реактивної тривожності (табл.1) перебував у межах 31-45 балів, що відповідало середньому ступеню тривожності. При цьому в 11,54±2,80% анкетованих пацієнток відмічався низький ступінь тривожності, оскільки розрахований результат перебував у межах до 30 балів.

Водночас високий ступінь реактивної тривожності був відмічений у 33,08±4,13% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ.

У ході виконання наукової роботи нами було проведено аналіз щодо розподілу жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ за ступенем особистісної тривожності, про що наведено в табл. 2.

Як засвідчують отримані дані, у більшості жінок (81,54±3,40 %), які перенесли мастектомію з приводу РМЗ, рівень особистісної тривожності теж перебував у межах середнього ступеню - від 31 до 45 балів. При цьому в 13,08±2,96 % респондентів отриманий результат перебував у межах до 30 балів, і відтак констатувався низький ступінь особистісної тривожності.

Доволі значимим, на нашу думку, є той встановлений факт, що у 5,38±1,08% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ було визначено високий ступінь особистісної тривожності.

У ході проведення дослідження нами вивчалась низка анамнестичних та клінічних ознак кожної з жінок, які перенесли мастектомію з причини РМЗ. Відтак у подальшому нами було проведено кореляційний аналіз щодо визначення тих клініко-анамнестичних ознак, із якими був наявний взаємозв'язок із значенням балу особистісної тривожності. Дані фактори в перспективі можна застосувати як чинники ризику або ж навпаки превентивні фактори при передбаченні високого балу особистісної тривожності.

У жінок, які перенесли мастектомію із причини РМЗ існує 7 груп ознак, наявність яких вірогідно ($p<0,05$) поєднується із високим балом

Таблиця 2

Поділ жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ за ступенем особистісної тривожності (згідно даних опитувальника Спілбергера-Ханіна)

Бали	Ступінь особистісної тривожності	Кількість жінок (n)	Частка, %
< 30	Низький	17	13,08±2,96
31-45	Середній	106	81,54±3,40
> 45	Високий	7	5,38±1,08
		130	100,00

ТТаблиця 3

Ознаки, наявність яких у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ поєднуються з високим балом особистісної тривожності

№ п/п	Ознака	Значення коефіцієнту кореляції
1.	Освіта	
1.1.	- незакінчена вища	0,20*
1.2.	- вища	0,18*
2.	Сімейний стан: заміжня	0,23*
3.	Проживання з чоловіком	0,25*
4.	Виконання інтелектуального типу роботи	0,15*
5.	Надмірне вживання у процесі харчування м'ясних продуктів	0,24*
6.	Недостатнє споживання	
6.1.	- бета-каротину	0,18*
6.2.	- вітаміну Е (альфа-токоферону)	0,19*
7.	Захворюваність на:	
7.1.	- пієлонефрит	0,17*
7.2.	- хворобу Гепатит А	0,14*

** - коефіцієнт кореляції достовірний (p<0,05)*

особистісної тривожності (табл. 3). Встановлено, що бал особистісної тривожності зростає у жінок, які здобули вищу або мають незакінчену вищу освіту та, відповідно, виконують інтелектуальний тип роботи, такі жінки більш освічені, розуміють і чітко усвідомлюють які можуть бути наслідки цього захворювання. Водночас, вищий бал особистісної тривожності спостерігається у жінок, які є одруженими та проживають спільно з чоловіком, через те, що думка чоловіка є важливою для них, наростає переживання, що чоловік втратить інтимну зацікавленість, навіть естетично, одиниці жінок мають можливість зробити пластику, реконструкцію по відновленню після мастектомії. Навіть якщо реконструкція вдала, не всі чоловіки це оцінюють, так як попередній результат залишається в їх пам'яті.

Також, наявні думки про дітей, як їм сказати про це, чи вартує взагалі дітям знати про дане захворювання їх матері. Це залежить від віку дітей та конкретної сім"ї та ситуації. Тому даний факт можна пояснити кращим усвідомленням ситуації яка склалася, а також більшою відповідальністю як за себе, так і за членів своєї сім'ї.

При цьому встановлено залежність щодо збільшення балу особистісної тривожності із надмірним споживанням м'ясних продуктів, а також при недостатньому споживанні бета-каротину та вітаміну Е. Щодо зв'язку показник, що аналізується із супутніми захворюваннями, то отримані результати потребують детальнішого аналізу, проте констатується той факт, що при наявності в анамнезі пієлонефриту та хвороби Гепатит А рівень особистісної тривожності наростає, водночас при наявності ревматоїдного артриту; алергічних реакцій на медикаменти та речовини тваринного чи рослинного походження; цукрового діабету першого типу, артеріальної гіпертонії, жовчнокам'яної хвороби, вузлового зобу та ревматизму (табл. 4) бал особистісної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з причини РМЗ зменшується. Жінка, яка має вже хронічне захворювання іншого ґенезу, стає більш психологічно адаптованою, "звикла, що хвора хронічно, звикла лікуватись, бути на прийомі у лікарів", тому стресова реакція виражена мінімально, або відсутня повністю.

Ми встановили, що існують 10 груп ознак, наявність яких достовірно (p<0,05) поєднується з низьким балом особистісної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з причини РМЗ, про що наведено в табл. 4.

Ми встановили, що низький бал особистісної тривожності відповідно спостерігається у жінок з початковою та середньо-спеціальною освітою; а також у вдів, жінок які проживають самостійно це можна пояснити тим, що дані жінки вважають, що ніколи не влаштують особисте життя, або самотні вже багато років (нажаль таку думку мають більшість жінок). Також у жінок, які мали в анамнезі аборти - у таких жінок наявні думки гріховності, вважають, що даний діаґноз може бути, як покарання за колись скоєний гріх. Також встановлено, що нижчий бал тривожності спостерігається у тих жінок, у яких вже настав клімакс, у більшості жінок як наслідок є відсутність

Таблиця 4

Ознаки, наявність яких у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ поєднуються з низьким балом особистісної тривожності

№ п/п	Ознака	Значення коефіцієнту кореляції
1.	Вік – від 30р. до 80р.	- 0,16*
2.	Ріст – від 150см до 175см	- 0,22*
3.	Вага – від 50кг до 145кг	- 0,13*
4.	Освіта	
4.1.	- початкова	- 0,13*
4.2.	- середньо-спеціальна	- 0,25*
5.	Сімейний стан: вдова	- 0,32*
6.	Наявність абортів	- 0,17*
7.	Самостійне проживання	- 0,25*
8.	Настання клімаксу	- 0,20*
9.	Надмірне вживання у процесі харчування харчових добавок	- 0,13*
10.	Захворюваність на:	
10.1.	- ревматоїдний артрит	- 0,20*
10.2.	- алергічні реакції на медикаменти та речовини тваринного чи рослинного походження	- 0,20*
10.3.	- цукровий діабет першого типу – інсулінзалежний	- 0,18*
10.4.	- артеріальна гіпертонія	- 0,17*
10.5.	- жовчекам'яна хвороба	- 0,17*
10.6.	- вузловий зоб	- 0,13*
10.7.	- ревматизм	- 0,13*

сексуального бажання, потягу, зацікавленість в чоловіках, жінки вважають, що "вже прожили цей період життя", все це їм не цікаво.

Доволі цікавим є встановлений факт про наявність великої маси тіла та надмірного вживання харчових добавок супроводжується низьким ступенем особистісної тривожності. Даний факт можна пояснити тим, що люди з великою масою тіла більш спокійні, добріші, вони частіше в хорошому настрої і не переймаються будь - якими сторонніми питаннями, навіть, що стосується їх здоров"я, не слідкують за своїм зовнішнім виглядом, байдужі до нього, вони просто можуть "заїсти" свої переживання, в них автоматично виробляється гормон задоволення, щастя, що і "рятує їх" в будь - яких негативних обставинах життя.

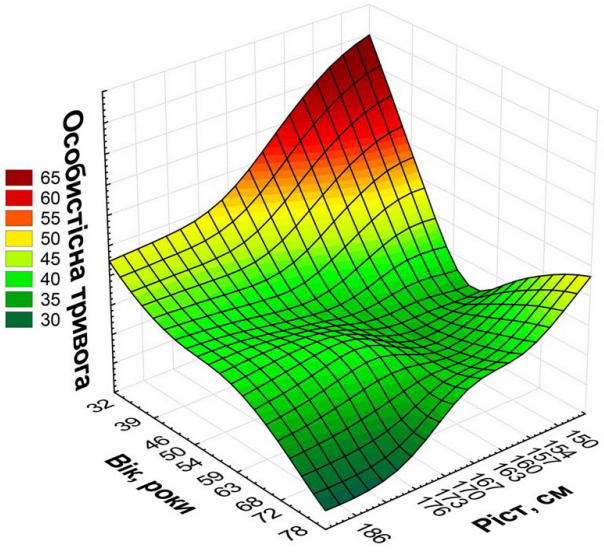

Рис. 1

Взаємозв'язок поміж віком, ростом та рівнем особистісної тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози

Водночас нами було встановлено, що бал особистісної тривожності достовірно поєднується з антропометричними показниками у обстежених жінок. Взаємозв'язок поміж рівнем особистісної тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ та їхнім віком і ростом наведено на рис. 1. Отримані дані засвідчують, що найвищі показники особистісної тривоги (понад 55 балів) спостерігались у жінок віком до 46 років, ріст яких був менше 160 см. При цьому високий ступінь особистісної тривоги (більше 45 балів) також слід очікувати у жінок віком до 40 років, незалежно від їх зросту.

Важке та психотравмуюче захворювання, госпіталізація, відрив від звичного способу життя та праці, мікросоціального та соціального оточення, складна травмуюча операція і нарешті загроза життю руйнують звичні стереотипи поведінки, які вироблялися протягом життя жінки.

При цьому змінюється система цінностей та еталонів, суттєво перебудовується особистість жінки. Перед нею постає проблема адаптації до умов життя, що виникли внаслідок операції.

Висновок

Онкологічного хворого слід розглядати як людину, яка перебуває у серйозній стресові ситуації - у 33,08±4,13% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ визначено високий ступінь реактивної тривожності, тоді як у 5,38±1,08 % анкетованих - високий ступінь особистісної тривожності.

Встановлено, що високого рівня особистісної тривожності слід очікувати у жінок, які здобули вищу або мають незакінчену вищу освіту та відповідно виконують інтелектуальний тип роботи; у жінок, які є одруженими та проживають спільно з чоловіком; а також у жінок молодого віку, з низьким зростом та невеликою вагою та у всіх жінок до 40 років.

Проведене дослідження переконує в тому, що вивчення психологічних проблем, які виникають у жінок, хворих на РМЗ, необхідне для розробки програм надання психологічної допомоги та реабілітації на різних етапах хвороби з урахуванням індивідуально-психологічних властивостей жінок та соціально-психологічної ситуації.

Література

1. Averianova S.V. Personality-oriented approach to inform patients with breast cancer \ S.V. Averianova, D.V. Samsonov \\ Paliative medicine and rehabilitation. - 2001.-№2-3.-С.58. Аверьянова С.В. Личностно-ориентированный подход к информированию больных раком молочной железы / С.В.Аверьянова, Д.В. Самсонов // Паллиативная медицина и реабилитация. -2001. - № 2-3. - pp. 58.
2. Bas O. Inspection and rehabilitation of women after mastectomy\ O. Bas\\Young sports science Ukraine. 2008.-Т.3.-pp.22-25. Бас О. Реабілітаційне обстеження жінок після мастектомії / О.Бас//Молода спортивна наука України.-2008.-Т.3.-С.22-25.
3. Vasilyeva A.Y. Quality of life of patients suffering from cancer pathology. A.Y. Vasilyeva, S.I. Tabachnikov\\Sournal of Psychiatry and Medical Psychology. 2009.-№3.-pp.42-46.Васильева А.Ю. Оценка качества жизни больных, страдающих онкологической патологией / А.Ю. Васильева, С.И.Табачников// Журнал психиатрии и медицинской психологии.-2009.-№3.-С.42-46.
4. Komkova E.P. Internal picture of the disease in cancer patients\ E.P. Komkova, N.P. Kokorina\\ Siberian Journal of psychiatry and narcology. -2003. -№ 1. - С.149-150. Комкова Е.П. Внутренняя картина болезни у онкологических больных / Е.П.Комкова, Н.П. Кокорина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2003. -№ 1. - С.149-150.
5. Smulevich A.B. Depression in somatic and mental diseases \A.B. Smulevich.-Moscow, 2003. - pp. 101-103. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б.Смулевич.- Москва, 2003. - С. 101-103.
6. Sharova O.N. Features of psychological status and its correction in patients with breast canser. O.N. Sharova, A.V.Vazhenin, D.A. Vazhenin\\Palliative medicineand rehabilitation. -2002. - № 2-3. - С. 125-126. Шарова О.Н. Особенности психологического статуса и его коррекция у больных раком молочной железы / О.Н.Шарова, А.В.Важенин, Д.А. Важенина // Паллиативная медицина и реабилитация. -2002. - № 2-3. - С. 125-126.
7. Barbara Rehse, Ralf Pukrop Patient Education and Counseling 50 (2003) C. 179-186.
8. MD Patricia A. Ganz Breast Cancer, Oncology Journal May 01, 2008.
9. Cordelia Galgut The Psychological Impact of Breast Cancer: A Psychologist's Insights as a Patient October 30, 2010.
10. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2007. Atlanta: American Cancer Society; 2007.
11. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. Recent Results Cancer Res 1998;152:396-411.
12. Spiegel D. Cancer and depression. Br J Psychiatry Suppl 1996: 109-16.
13. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. J Clin Oncol 2007;25:4670-81.
14. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. Cancer 2006;107: 2924-31.
15. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J Psychosom Res 1989;33: 235-9.
16. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 1998;16:1594-600.
17. Coyne JC, Thompson R, Palmer SC, Kagee A, Maunsell E. Should we screen for depression? Caveats and potential pitfalls. Appl Prev Psychol 2000;9:101-21.
18. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. BMJ 2001;322:406-9.
19. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;136:765-76.