

## Befolyásoló életesemények?

Az onkológiai betegek pszichoszociális támogatásáról egy kutatás tükrében

Dr. Kegye Adrienne, Vaszary Kolos Kórház

Dr. Pálfi Zoltán, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház

Pszicho-onkológiai kutatásunk kezdeti eredményeinek tükrében szeretnénk bemutatni a pszichoszociális támogatás jelentőségét a komplex onkológiai ellátásban. Azon irodalmi adat nyomában indítottuk vizsgálatunkat, mely szerint a páciensek életében a rosszindulatú daganatos betegség diagnosztizálása előtti 12 hónapban súlyos életesemény figyelhető meg.

Vizsgálatunk eredményeinek összegzését követően az onkológiai betegek pszichoszociális ellátásának olyan sajátosságait tekintettük át, melyek segítségével elérhető az a közös cél, hogy a leghatékonyabb támogatást nyújthassuk a betegek számára, a kezelő team tagjai erőforrásainak leghatékonyabb felhasználása mellett.

*In the light of the first results of our psycho-oncology study we would like to outline the importance of psychosocial support in medical oncology care. Our research proceeded from the established fact that 12 months prior to cancer diagnosis patients were observed to have experienced a traumatic life experience.*

*After summing up the results of our research we looked closely at the current issues in psychosocial support of oncology patients. We established which concerns need to be addressed in order to meet the common goal of providing the most efficient support to our patients, balanced with managing the most efficient arrangement of the medical team's resources.*

### BEVEZETÉS

A diagnosztikai eljárások és a terápiás módszerek fejlődése lehetővé tette, hogy a daganatos betegségből meggyógyultak száma egyre növekszik, a túlélési idő meghosszabbodik, a rosszindulatú daganatos betegek nagy része krónikus beteggé válik. Ezért a pácienseknek egyre nagyobb az igénye, hogy mind fizikai, mind pszichológiai és szociális erőforrásaik megmaradjanak, és megbirkózzanak betegségükkel. A megfelelő életminőség biztosítása a kezelése alatt és a terápia befejezése után is lényeges szemponttá vált. A pszichoszociális támogatás a pozitív alkalmazkodás és a jobb életminőség fontos részét képezi. Ebben segíthet a beteg kezelő multidiszciplináris team tagjaként a pszicho-onkológus.

A pszicho-onkológia határterületi tudományág, mely a daganatos betegek és hozzátartozóik pszichológiai és szo-

ciális terhelésével, tüneteivel valamint teljes körű terápiájával, gondozásával foglalkozik, kiterjesztve a tevékenységet a kutatásra és a megelőzésre is [1].

Cikkünkben egy pszicho-onkológiai kutatás kezdeti eredményeinek tükrében szeretnénk megismertetni az olvasóval a pszichoszociális támogatás jelentőségét a komplex onkológiai ellátásban.

A címként feltett kérdés részben irodalmi adatok, részben saját megfigyeléseik alapján fogalmazódott meg a szerzőkben. A megküzdési stratégiák, a hozzáállás és a túlélés közötti kapcsolat vizsgálatai során megfigyelték, hogy a páciensek közül sokan azt gondolják, rosszindulatú daganatos betegségük kialakulását maguk okozták, hozzáállásuk rossz, vagy életstílusuk ronthatja túlélési esélyeiket. Taylor és munkatársai azt találták, hogy a rosszindulatú emlőrákban szenvedő nők 41%-a hiszi, hogy felelős betegségéért, és hogy a stressz nagymértékben hozzájárult ehhez [2]. Geyer 1991-ben a daganatos betegek vizsgálatokor magasabb arányban írt le a diagnózis felállítását megelőzően stresszt okozó életeseményeket [1].

Más adat szerint a páciensek életében a rosszindulatú daganat diagnosztizálása előtti 12 hónapban súlyos életesemény figyelhető. Onkológiai betegekkel végzett munkánk során számos esetben talákoztunk nehéz életpályákkal, pl. családtag, sérült gyermek hosszantartó ápolása, közvetlen családtag váratlan, tragikus halála.

Ezen irodalmi és tapasztalati adatok nyomában indítottuk el vizsgálatunkat, melyben arra kerestük a választ, vajon a fenti adatokkal korreláló eredményeket találunk-e.

### BETEGANYAG

A betegek beválasztását a vizsgálatba két csoportban végeztük. Az egyikben rosszindulatú daganatos, a másikban húgyúti kőzúzáson (ESWL) átesett betegeket vizsgáltunk. A rosszindulatú daganatos csoport kemoterápiában részesülő betegekből állt. Mivel az életeseményeknek a betegség kialakulásában játszott szerepét vizsgáltuk, ezért a kontroll csoport nem egészségesekből, hanem szintén betegekből állt. Azért választottuk a húgyúti kőzúzáson átesetteket, mert az urolitiázis fájdalmas, gyakran visszatérő, ám eredményesen, gyorsan kezelhető, az életet (közvetlenül) nem veszélyeztető betegség. Figyelemmel arra, hogy hasonló életszakaszban vizsgáljuk a betegeket, csak a 40 év feletti páciensek kérdőíveit dolgoztuk fel. Az életkor mediánok így az onkológiai karon 59, az urológiai 56 év voltak.

## MÓDSZEREK

A bevezetésben említett irodalmi adat kiemelten a diagnózis felállítására előtti egy évben megfigyelt, tapasztalataink inkább korábbi és hosszantartó súlyos életeseményekre utaltak. Ezért a Holmes-Rahe-féle életesemény lista [3] segítségével életváltási egységekben vizsgáltuk a szorongáskeltő érzelmi megrázkódtatások, stresszek gyakoriságát a betegség előtti 1, 5, 10 évben.

Mivel az életesemény előfordulása önmagában nem informatív, szükséges a szervezet aktuális fizikális, immunológiai és pszichés állapotának ismerete is, ezért ugyanezen időintervallumokban és a páciensek életében általában 1-10-es értékig terjedő skálák segítségével mértük a szorongás erősségét.

## EREDMÉNYEK

Az adatok feldolgozását a kérdőívben elsőként szereplő szorongás skálák értékelésével kezdtük.

Az 5-ös értéknél erősebb szorongást bejelölt betegek számát vizsgálva azt találtuk, hogy mind általában, mind 1, 5, és 10 évvel a betegség kialakulása előtt, az onkológiai csoportban az értékek magasabbak, a rosszindulatú daganatos betegek szorongóbbnak mutatkoztak. A medián értékek vizsgálatánál azt láttuk, hogy ha minden időintervallumban kiszámoltuk az adott betegcsoport szorongásértékeinek mediánját, a közúzason átesett betegeknek a szorongás mértéke az idő előrehaladtával (10, 5, 1 évvel a betegség diagnózisa előtt) változatlan, a daganatos csoportban az utolsó évben két értéket (3-ról 5-re) emelkedett. A kiértékelésnél feltűnt, hogy az urológiai betegek szorongás értékei személyenként vizsgálva nemcsak alacsonyabbak, hanem kevésbé ingadozóak voltak. Tekintettel arra, hogy egy nagyobb kutatást elindító, alacsonyabb betegszámú vizsgálatot végeztünk (összesen 100 beteg részvételével), ezért szignifikancia-szinteket ebben a kiértékelésben nem számoltunk.

Az életváltási egységek táblázatában 42 féle életesemény szerepelt. A mindkét csoportban leggyakrabban bejelölt 25 életesemény vizsgálatakor a következőket találtuk: [1. táblázat]

Mindét esetben az első helyeken, de más-más sorrendben a „Közvetlen családtag halála”, a „Családtag egészségügyi állapotának változása”, az „Életkörülmények változása”, a „Mégváltozott anyagi helyzet” és az „Alvási szokások megváltozása” szerepeltek. A szembevetendő különbség, hogy az onkológiai betegeknek a harmadik helyen a „Nyugdíjazás” állt, a „Mégváltozott anyagi helyzet” a hatodik leggyakrabban említett életesemény volt. Tovább elemezve listát készítettünk arról, hogy az adott életesemény mely csoportban gyakoribb. Feltűnt, hogy a daganatos betegeknek a „Nyugdíjazás” került gyakran említésre. A közúzással kezeltek esetében az „Új munkakör”, „Új beosztás munkahelyen”, az „Átállás az üzleti életben”, „Új családtag”, „Éves szabadság”, „Kis adósság” jelölése gyakoribb volt. Az onkológiai pácienseknél megfigyelhető életesemények passzívabb, szomorúbb, lefelé ívelő életpályát sejtetnek, míg az urológiai betegek aktívabb életet élnek.

Mivel a felmérés elindításában azt a kérdést tettük fel, vajon a mi beteganyagunkban is emelkedik-e a betegség előtti évben a súlyos életesemények száma, így ezt az időintervallumot külön kiemeltük. Az onkológiai csoportban 1,94 esemény/fő, míg az urológiai esetekben 2,86 esemény/beteg eredményt találtunk.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálatban részt vett páciensek kérdőíveinek feldolgozásakor azt találtuk, hogy a betegség előtti egy évben az onkológiai betegek kevesebb életeseményt jelöltek meg, mint az urológiai csoportban lévő betegek. A leggyakrabban mindkét csoportban hasonlóan megrázó életesemények szerepeltek. (1. táblázat) Tovább elemezve azonban azt találtuk, hogy az urológiai betegek az aktív élethez tartozó eseményeket jelöltek meg nagyobb számban. (1. táblázat, adatok vastag, dőlt kiemeléssel)

Életváltási egység	%		onkológiai urológiai helyezés	
	onkológiai	urológiai	onkológiai	urológiai
<b>Közvetlen családtag halála</b>	59	43	<b>1.</b>	<b>4.</b>
Családtag egészségi állapotának változása	57	43	2.	5.
Életkörülmények változása	49	46	4.	3.
Mégváltozott anyagi helyzet	41	51	<b>6.</b>	<b>1.</b>
Alvási szokások változása	46	46	5.	2.
<b>Nyugdíjazás</b>	<b>51</b>	<b>35</b>	<b>3.</b>	<b>11.</b>
<b>Új munkakör</b>	<b>11</b>	<b>35</b>	20.	9.
<b>Új beosztás munkahelyen</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	24.	17.
<b>Átállás az üzleti életben</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	25.	18.
<b>Éves szabadság</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	22.	20.
<b>Házastárs halála</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>14.</b>	<b>25.</b>
Közeli barát halála	19	35	16.	10.
Közvetlen családtag hosszantartó betegsége, ápolása	35	43	7.	6.

1. táblázat

Ezeket az adatokat összevetve az onkológiai ellátásban részesülteknél a kevesebb életesemény, és ezeknek a passzívabb jellege, valamint a magasabb, és a betegséghez közeledve emelkedő szorongás értékek azt mutatták, hogy nem önmagukban a stresszhelyzetek és ezek száma károsítják az egészséget. Vizsgálatunk eredményei alapján, az általunk megismert irodalmi adatokhoz hasonlóan, az életeseményekre való reagálás, az ezekkel kapcsolatos megküzdési stratégiák, a szorongás mértéke, a páciens személyisége azok a tényezők, amelyek a következményes depresszió és a csökkent immunválasz közvetítésével fokozzák az élet-tani veszélyeztetettséget [1].

## MEGBESZÉLÉS

Pácienseink válaszai összecsengenek Irwin kutatási adataival, mely szerint nem önmagában a kapcsolatok felbomlása, válás, megözvegyülés, hanem az arra adott pszi-

chés válasz az, amivel a „natural killer” sejt aktivitás csökkenése összefügg [1].

Mindenkinek megvan a maga megküzdési (coping) stílusa, amit hétköznapokban felmerülő problémák megoldására is használ. Akik aktívák és jó a probléma-megoldó készségük, rugalmasabbak, jobb életminőséggel élnek, míg akik elkerülő stratégiát alkalmaznak, passzívok, reménytelenek, alacsonyabb életminőséggel és gyengébb hangulati mutatókkal rendelkeznek. Ilyenkor a pszichológiai, pszichoterápiás kezelések célja az aktív coping mechanizmusok kialakítása, mozgósítani a páciensek azon erőforrásait, amelyek lehetővé teszik, hogy megbirkózhassanak betegségükkel és javíthassanak az életminőségükön.

A betegek ellátásában alapvető jelentőségű a jó, teherbíró orvos-beteg kapcsolat. A rosszindulatú daganatos betegség diagnosztizálásának feldolgozásakor, az új helyzetekhez, a kezelésekhöz sokan önerejükől, családjuk, barátaik, környezetük, kezelő orvosuk segítségével alkalmazkodnak, és általában 6-8 hét alatt visszanyerik lelki egyensúlyukat.

Ehhez a kezelőorvos személyre szabott, az egyéni igényeket is figyelembe vevő információkkal, a betegségről és az ehhez kapcsolódó érzelmi problémákról, például a szorongásokról, félelmekről való kommunikáció megkönnyítésével, nyíltabbá tételével tud hozzájárulni. Ebben lényeges kiindulópont lehet annak megismerése, hogy a beteg miben vár segítséget. A kezelőorvos feladatai közül a pszichoszociális diszstressz rizikójának felismerése és folyamatos monitorozása azért lényeges, mert korai meghatározása megelőző erejű lehet. A jól kialakított orvos-beteg kapcsolat akkor is nagy jelentőséggel bír, amikor felmerülő pszichés panaszok, tünetek esetén, abban kell támogatni a beteget,

hogy segítséget tudjon kérni, és szükség esetén mentálhigiénés szakemberhez irányítsák.

Az onkológiai betegek körülbelül egynegyede, akiknél a betegséghez, kezelésekhöz való alkalmazkodás nehezített, pszichoszociális támogatást, további egy negyede már a betegség előtt létező pszichológiai/pszichiátriai nehézségei miatt klinikai pszichológus, pszichoterapeuta, pszichiáter szakvizsgálatát és ennek alapján kezelést igényel. A mentálhigiénés szakember feladata a professzionális eszközök alkalmazásával a páciens lélektanának minél mélyebb megismerése, és az önismeret fokozása által abban közreműködni, hogy saját erőforrásait mozgósíthassa és a kezeléseket, a gyógyulás szolgálatába állíthassa. Munkájához tartozik a szükség szerinti tanácsadás, pszichés támogatás, kezelés nyújtása, dokumentáció vezetése a szakma szabályai szerint, valamint a kollegák számára konzultációs lehetőség biztosítása. A komplex daganatellenes terápiával összhangban, a kezelőorvossal folyamatos együttműködésben végzett pszichoonkológiai ellátás lehetővé teszi és megkönnyíti az egyes páciensekkel kapcsolatban az információk és az ismeretek áramlását. Ezáltal elérhető az a közös cél, hogy a leghatékonyabb pszichoszociális támogatást nyújthassuk a betegek számára, a kezelő team tagjai erőforrásainak leghatékonyabb beosztása mellett.

Az első vizsgálati eredmények arra sarkalltak bennünket, hogy nagyobb beteganyagot, homogénebb betegcsoportot bevonásával a vizsgálatot tovább folytassuk. A kutatás és adatainak feldolgozása jelenleg is zajlik. Reméljük, ennek eredményeit is mihamarabb lehetőségünk lesz megismertetni Önökkel.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Horti József, Riskó Ágnes: Onkopszichológia a gyakorlatban, 2006., 43-67.  
 [2] Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV et al.: Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer, *Cancer* 1985, 55:2506

- [3] Holmes TH, Rahe RH: The social adjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research* 1967, 11: 213-218.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Kegye Adrienne** onkoradiológus, pszichoterapeuta szakorvos. 1993-ban végezte a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. 1997-ben onkoradiológiai, 2009-ben pszichoterapeuta szakvizsgát tett. Szakmai gyakorlatát az Uzsoki utcai Kórház, Fővárosi Onkoradiológiai Központban (1993-2001.), a Flór Ferenc Kórház, Onkológiai Osztályán (2001-2008.), illetve az Országos Onkológiai In-

tézet, Nőgyógyászati Osztályán (2008-2009.) szerezte. Pszichoterapeuta képzésben a Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztályon és a Budapesti Hospice Házban részesült. Módszerspecifikus képzettsége pszichoanalitikusan orientált dinamikus pszichoterápia. (POPKE 2001-2009.) A Magyar Pszichoonkológiai Társaság vezetőségi tagja (2004 óta) és tagja a Magyar Onkológus Társaságnak is. Jelenleg a Vaszary Kolos Kórház Hospice/Rehabilitációs Osztályán dolgozik, munkaköre a pszichoonkológiai ellátás.



**Dr. Pálfi Zoltán** urológus főorvos 1983-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán, 1987-ben szakvizsgázott urológiából.

Szakmai gyakorlatát a Tatabányai Komárom-Esztergom megyei Kórház,

Urológiai Osztályán, (1983-1988.) és a Károlyi Sándor Kórház, Urológiai Osztályán (1988-2005.) szerezte. 2003-ban 6 hónapot dolgozott a Kreiskliniken Traunstein-Trostberg, Németországban.

Tagja a Magyar Urológus Társaságnak. Jelenleg a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Urológiai Osztályán főorvosként dolgozik.

## ***Szélesebb alkalmazási kör az áttétes emlőrák terápiájában***

**A Európai Unió Gyógyszerek Emberi Felhasználását Vizsgáló Bizottsága (CHMP) pozitív ajánlását követően az Európai Bizottság megerősítette, majd kiterjesztette az érújdonképződést-gátló célzott, biológiai terápia törzskönyvét kapecitabinnal kombinált alkalmazására az áttétes emlőrák elsővonalbeli kezelésében. Ezzel új terápiás lehetőséghez juthatnak az érintett európai nőbetegek.**

Az Európai Unió Gyógyszerek Emberi Felhasználását Vizsgáló Bizottsága (Committee for Medicinal Products for Human Use/ CHMP) pozitív javaslatát megfogadva az Európai Bizottság kiterjesztette a bevacizumab emlőrákban történő alkalmazását.

A 2011. június 30-án napvilágot látott hivatalos állásfoglalás szerint a célzott terápiás hatóanyag kapecitabinnal kombinált alkalmazását azoknál az áttétes emlőrákban szenvedő hölgyeknél javasolják elsővonalbeli kezelésre, akiknél más kemoterápiás kezelési lehetőségek – mint a taxánok és az anthracyclinek – nem bizonyultak megfelelőnek.

Ugyanezen betegségnél a bevacizumab-ot jelenleg paclitaxel-lel kombinálva alkalmazzák, így az ajánlás tükrében immár két különféle „hagyományos” onkológiai gyógyszerrel is kombinálható lehet az érújdonképződést-gátló molekula.

A döntés alapjául szolgáló RIBBON-1 tanulmány eredményei megmutatták, hogy a bevacizumab-kapecitabin kombinációt alkalmazva jelentősen növekedett a betegség rosszabbodásáig eltelt idő összehasonlítva azokkal a betegekkel, akik csak kapecitabin terápiaiban részesültek. A mellékhatások megegyeztek a korábbi vizsgálatokban tapasztalt adverz eseményekkel. Az eddigi EU törzskönyv a metasztatikus emlőrák kezelésében alkalmazott célzott biológiai terápia paclitaxel kombinációban történő alkalmazását tette lehetővé, azonban a taxán-alapú terápia nem mindenkinek megfelelő. A RIBBON-1 vizsgálat eredményei lehetővé tették, hogy **az érújdonképződést-gátló kezelés kapecitabinnal történő kombinációjával ezen nőbetegek új, elsővonalbeli kezelési lehetőséghez juthatnak.**

Jelenleg a bevacizumab az egyetlen érújdonképződést gátló terápia Európában, amelyet a HER2-negatív áttétes emlőrák kezelésére alkalmaznak. A pozitív döntést megalapozó RIBBON-1 tanulmány eredményei hatékonyan támasztják alá a most napvilágot látott döntést hiszen:

- 45 százalékkal nőtt a betegség rosszabbodása nélküli túlélés a csak kapecitabinnal kezelt betegekhez képest,
- a betegség rosszabbodása nélkül eltelt időszak átlaga 8,6 hónap volt szemben a csak kapecitabinnal kezelt betegekénel mért 5,7 hónappal (medián érték!),
- a vizsgálatban résztvevő nőbetegek 35,4 százaléka tapasztalta a tumor jelentős zsugorodását, miközben a csak kapecitabinnal kezelt betegekénel ugyanez az arány 23,6% volt (medián érték).

Az elmúlt időszakban klinikai vizsgálatok adatai alapján kétféle kombinációban is megerősítették, illetve engedélyezték az érújdonképződést gátló terápia első vonalbeli alkalmazását az áttétes mellrákban szenvedő hölgyeknél. **Az Európai Bizottság támogató döntéseinek köszönhetően így számos európai országban bővíthet a HER2 negatív emlőrákos betegek egy csoportja számára a választható terápiák köre, így lehetőség nyílt a betegek számára legmegfelelőbb terápia kiválasztására.**

Az EMA döntésével ellentétben, az Amerikai Gyógyszerügyi Hatóság (FDA) tanácsadó bizottsága (ODAC) a második meghallgatást követően ismét negatív ajánlást adott a bevacizumab emlőrákbeli alkalmazására a terápia negatív előny-kockázat mérlegére hivatkozva. A szavazás eredménye és a testület ajánlása nem kötelezi az FDA-t, amely saját hatáskörében várhatóan július utolsó napjaiban hozza majd meg döntését. Addig is továbbra is elérhető a terápia az amerikai nőbetegek számára is. A bevacizumab használatát számos egyéb ráktípusnál engedélyezték, ezeknél továbbra is alkalmazható a szer, sőt az emlőtumor kezelésére is használhatják akkor is, ha az FDA úgy dönt, hogy megvonja tőle támogatását. Ebben az esetben viszont az amerikai egészségbiztosítók jelentős része nem fizeti majd a szerrel végzett terápiát.

**Magyarországon is megtörtént a bevacizumab áttétes emlőrákban történő alkalmazásának felülvizsgálata, amelynek kiemetele egybecseng az EMA döntésével, így a terápia továbbra is elérhető és támogatott az áttétes emlőrákban szenvedő magyar nőbetegek elsővonalbeli kezelésére paclitaxel-lel kombinálva.**