

Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében

Varga Gergely dr.¹ ▪ Horváth Rita² ▪ Busa Csilla dr.²
Virág Edit³ ▪ Mangel László dr.³ ▪ Csikós Ágnes dr.²

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Alapellátási Intézet, Hospice-Palliatív Tanszék, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Onkoterápiás Intézet, Pécs

Bevezetés: A daganatos megbetegedésekre jellemzőek a megnövekedett pszichés terhek. A jelentős fizikai tüneti terhek, a multimorbiditás, a szorongás és a depresszió kialakulásának kockázati tényezői lehetnek daganatos betegekben, mely összefüggések vizsgálatára tudomásunk szerint eddig még nem került sor Magyarországon.

Célkitűzés: Célunk volt (1) felmérni a szorongás és (2) a depresszió szintjét daganatos betegek körében, (3) megvizsgálni, hogy milyen fizikai tüneti terhek jelennek meg leginkább az onkológiai betegek között, (4) megismerni a szorongás, a depresszió és a fizikai tüneti terhek és (5) a multimorbiditás összefüggéseit.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatunkba 18. életévüket betöltött, daganatos megbetegedés diagnózisával rendelkező betegeket vontunk be. A kvantitatív adatok feldolgozása során az eredményeket 0,05 alatti p-érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények: A vizsgálatban 113 beteg vett részt. A válaszadók 29,2%-ában a normális határértéknél magasabb szintű szorongást mértünk, a depresszió pedig 36,2%-ban volt jelen különböző súlyosságban. Alvási nehézségekről a megkérdezettek 69,5%-a, fáradtságról 66,3%, fájdalomról 52,2% számolt be. A normálérték feletti szorongást és depressziót mutatók átlagosan több fizikai tüneti terhet említettek. Szignifikáns összefüggés volt kimutatható a normálérték feletti depressziót mutatók és a fáradtság, valamint a fájdalom között. A multimorbiditást tekintve a normálérték feletti szorongást mutatók átlagosan több krónikus betegséggel rendelkeztek.

Megbeszélés: Vizsgálatunkban a szorongás szintje magasabb, a depresszió szintje azonban egyezik a nemzetközi adatokkal. Az alvási nehézségek nagyobb arányban fordulnak elő vizsgálatunkban, a fáradtság és a fájdalom előfordulása azonban összhangban áll a nemzetközi kutatások eredményeivel. Az eddig publikált nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan vizsgálatunk is a multimorbiditás, a megnövekedett fizikai tüneti terhek, továbbá a szorongás és a depresszió közötti jelentős összefüggésre utal.

Következtetés: A szorongás és a depresszió nagy arányban van jelen onkológiai betegekben. A legnagyobb arányban az alvási nehézségek fordulnak elő, ezt követi a fáradtság és a fájdalom. A szorongás és depresszió mértéke összefüggést mutat a fizikai tüneti terhekkel, valamint a multimorbiditás is fokozza a betegek szorongásszintjét.

Orv Hetil. 2024; 165(8): 309–317.

Kulcsszavak: szorongás, depresszió, fizikai tüneti terhek, daganatos betegség, összefüggések

Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients

Introduction: Cancer is characterized by increased psychological burdens. Significant physical symptoms and multimorbidity can be risk factors for the development of anxiety and depression in cancer patients, the correlations of which have not yet been investigated in Hungary.

Objective: Our aim was to (1) assess the level of anxiety and (2) depression among cancer patients, (3) examine which physical symptoms are the most common in oncology patients, (4) learn about anxiety, depression and physical symptoms, (5) observe the relationships of multimorbidity in cancer patients.

Methods: In our cross-sectional study, we included patients over the age of 18 diagnosed with cancer. During the processing of the quantitative data, the results were considered significant if the p value was below 0.05.

Result: 113 patients participated in the study. In 29.2% of the respondents, we measured a level of anxiety higher than the normal limit, and depression was present in 36.2% in varying degrees of severity. Sleep difficulties were reported by 69.5% of those interviewed, fatigue by 66.3%, and pain by 52.2%. Those showing anxiety and depression above

the normal value reported having more physical symptoms on average. A significant correlation was demonstrated between those showing depression above the normal value and fatigue and pain. In terms of multimorbidity, those showing a higher level of anxiety suffered from more chronic diseases on average.

Discussion: The level of anxiety in our study is higher, but the level of depression is in line with international data. Sleep difficulties occur more frequently in our study, but the occurrence of fatigue and pain is consistent with the results of international research. Similar to international studies published so far, our study also points to a significant correlation between multimorbidity, increased physical symptoms, and anxiety and depression.

Conclusion: Anxiety and depression are present in high proportion of oncology patients. Among these patients, sleep difficulties occur in the highest proportion, followed by fatigue and pain. Not only do the levels of anxiety and depression show a direct correlation with the physical symptoms experienced by the patients, but in addition it has been observed that multimorbidity also increases the level of anxiety in patients.

Keywords: anxiety, depression, physical symptoms, cancer, connections

Varga G, Horváth R, Busa Cs, Csikós Á, Virág E, Mangel L. [Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients]. *Orv Hetil.* 2024; 165(8): 309–317.

(Beérkezett: 2023. december 4.; elfogadva: 2024. január 5.)

Rövidítések

ANOVA = (analysis of variance) varianciaanalízis; ASCO = (American Society of Clinical Oncology) Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság; ESAS = (Edmonton Symptom Assessment Scale) Edmonton Tünetértékelő Skála; ESMO = (European Society for Medical Oncology) Európai Klinikai Onkológiai Társaság; HADS = (Hospital Anxiety and Depression Scale) Kórházi Szorongás és Depresszió Skála; NCCN = (National Comprehensive Cancer Network) Nemzeti Átfogó Rák Hálózat (Egyesült Államok); PTE KK = Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ

A daganatos betegség megjelenése és potenciálisan halálos kimenetele az egyik legfélelmetesebb betegséggé teszi. A daganatos kórképek incidenciája folyamatosan növekszik a világban [1]. 2020-ban 19,3 millió volt az új daganatos betegek száma, és 10 millióan haltak meg daganatos betegség következtében [1]. Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek után a daganatos betegség a második leggyakoribb halálok [2], és hazánk világviszonylatban is élen jár a tüdő- és vastagbél-daganatok incidenciájában [1]. A daganatos megbetegedésekre jellemzőek a megnövekedett szomatikus és pszichés tüneti terhek, ezért standard onkológiai kezelésük egyidejűleg kiegészülhet palliatív ellátással. A palliatív ellátás multidiszciplináris szemléletű, mely javítja az életminőséget, csökkenti a prognózis okozta pszichés terheket, és javítja a kommunikációt a beteg preferenciáiról az életvégi ellátással kapcsolatban [3].

A palliatív ellátásnak az onkológiai ellátásba való korai integrációját több szakmai szervezet is támogatja, közöttük a European Society for Medical Oncology (ESMO) [4], az American Society of Clinical Oncology (ASCO) [5], valamint a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [6] által megfogalmazott irányelvek is tartalmazzák. A gyakorlatban azonban a betegek későn jutnak el a számukra megfelelő ellátáshoz, pedig előrehaladott daganatos megbetegedésben szenvedőknél az onkoló-

gus, a háziorvos és a palliatív szakorvos szoros együttműködése lenne szükséges [7]. A palliatív ellátás az orvoslás olyan szakterülete, amely a súlyos, életet rövidítő betegségekkel küzdő betegek tüneti terheinek csillapítására, életminőségük javítására összpontosít, valamint támogatja a betegeket elsődlegesen ellátó hozzátartozókat, a családot a beteg ápolásában és a gyászélmények feldolgozásában. Megelőzi és enyhíti a szenvedést a fájdalom és az egyéb fizikai, pszichoszociális vagy lelki problémák korai felmérésével és kezelésével [8, 9]. Az onkológia és a palliatív ellátás integrációja a két ellátási mód sajátos tudására és készségeire támaszkodik: szerepet kap egyrészt a daganatorientált megközelítés, amelynek fő fókuszja a betegség kezelése, másrészt pedig a betegközpontú megközelítés, amely a betegségben szenvedő páciensre összpontosít.

A daganatos betegek pszichés állapotára a megbetegedés lefolyása alatt nemcsak a megélt félelmek és traumák lehetnek hatással, hanem a beteg szomatikus tünetei, esetleges társbetegségei is. Ezért a palliatív ellátásmód egyszerre fektet hangsúlyt a szomatikus tünetek felmérésére és a pszichés felmérésre, a multidiszciplináris szemléletmódot szem előtt tartva.

Pszichés tünetek a daganattal élők körében: szorongás és depresszió

A daganatos betegség diagnózisa következtében a legtöbb beteg tehetetlennek érzi magát a betegséggel szemben, és kilátástalanság fogja el, mivel életének eddigi biztos kereteit a bizonytalanság váltja fel. Ilyenkor a pszichológia negatív életesemény indukálta krízisállapotról beszél, amely kimerítheti a beteg megküzdési kapacitását, szorongást és depressziót okozva [10]. A kialakult szorongás vagy depresszió pedig a következményes pszichoszomatikus kórképek miatt további növekvő egészségügyi ellátást generál [11].

Daganatos betegségben szenvedők gyakran számolnak be arról, hogy szoronganak és aggódnak állapotuk vagy tüneteik miatt. Egy korábbi, 2014-ben megjelent hazai felmérésben a szorongásszint a daganatos betegek 21,8%-ában közepes, további 24,0%-ában pedig nagyon magas volt [12]. A nemzetközi kutatások alapján a szorongás előfordulása 10,0–25,0%-ra tehető ebben a betegcsoportban [13–15]. A szorongás különböző mértékben jelentkezik a daganatos betegeknél, és a betegség előrehaladtával vagy a kezelés agresszívebbé válásával fokozódhat, valamint negatívan befolyásolhatja az életminőséget, és megzavarhatja a daganatos beteg szociális és érzelmi működését [13, 16].

A depresszió és a daganatos kórképek is népbetegségek, melyek ráadásul sokszor komorbid módon jelentkeznek. A korábban már hivatkozott felmérésben a depresszió szintje a daganatos betegek 18,4%-ában közepes, 13,3%-ában pedig magas volt [12]. *Szelei és mtsai* áttekintő vizsgálata alapján a depresszió önmagában is kockázati tényezője a daganatos betegség kialakulásának, valamint növeli a daganatspecifikus mortalitást is [17]. A depressziót gyakran nem ismerik fel a klinikai gyakorlatban: a vizsgálatok azt mutatják, hogy a depressziós daganatos betegek 50,0–60,0%-ában nem diagnosztizálják a fennálló mentális zavart, ezért a depresszió szűrése elengedhetetlen az onkológiai gyakorlatban [18].

A fent említett pszichés tünetek kialakulásának fokozott kockázatára lehet számítani különböző rizikófaktorok esetén. A rizikófaktorokat az 1. táblázat tartalmazza.

A szorongás, a depresszió és a szomatikus tünetek kapcsolata

A daganatos betegek körében a leggyakoribb és legnyomasztóbb tünetek közé tartoznak az alvási nehézségek, amelyek negatívan befolyásolják az életminőséget a kezelés és a betegség minden szakaszában [19]. Az alvási nehézségek gyakran együtt járnak olyan neuropszichológiai állapotokkal, mint a szorongás és a depresszió, melyek következményei és okozói is lehetnek az alvási nehézségeknek [20].

1. táblázat | Rizikófaktorok

A szorongás, depresszió kialakulásának valószínűségét növelő tényező lehet:

- Szorongásos zavar, major depresszió az anamnézisben
- Alkohol- vagy droghasználati probléma
- Súlyos fizikai tünetek (nehézlégzés vagy erős, kezeletlen fájdalom)
- Súlyos funkciókárosodás (incontinentia, mozgáskorlátozottság)
- Központi idegrendszeri metasztázisok
- Előrehaladott stádiumú betegség
- Alacsony szocioökonómiai státusz
- A társas támogatás hiánya

A daganattal társult fáradtság a fizikai, érzelmi és/vagy kognitív kimerültség nyomasztó, tartós, szubjektív érzése, amely a daganattal vagy kezelésével kapcsolatos, nem arányos a megelőző aktivitással, valamint korlátozza a beteg mindennapi életvitelét [21]. A fáradtság erősen összefügg a depresszióval, a szorongással, a szomatikus tünetekkel és a multimorbiditással, valamint a fokozott fáradtság jelentősen rontja a beteg életminőségét [22].

A fájdalom a daganatos betegek egyik leggyakoribb tünete, valamint ez az egyik tünet, amelyről a betegek a legjobban félnek. A csillapítatlan fájdalom nagymértékben befolyásolja a betegek hétköznapi életvitelét, a családdal és a barátokkal való interakcióikat, valamint általános életminőségüket [23]. Bár javulás figyelhető meg a fájdalomterápiák hatékonyságában, a daganatos betegek több mint egyharmadának továbbra sem megfelelő a fájdalomcsillapítása [24]. Összefüggés mutatható ki az onkológiai betegek fájdalma és a pszichés terhek mértéke között: ha a fájdalom intenzitása nő, az szorongáshoz vezet, míg ha a fájdalom enyhül, az a szorongás csökkenésével jár [25].

A multimorbiditás és a pszichés terhek kapcsolata

A multimorbiditás két vagy több krónikus betegség egyidejű meglétét jelenti egy adott betegnél [26]. A multimorbiditás prevalenciája növekszik, mivel az átlagéletkor is egyre magasabb, így a betegek hosszabb ideig élnek együtt krónikus betegségeikkel [27]. A multimorbiditással élők gyógyítása összetettebb, valamint esetükben nagyobb a szorongás és a depresszió kialakulásának kockázata [28]. Egy krónikus betegség 3–4-szeres rizikót jelent szorongás vagy depresszió kialakulására, és ez közel 6-szorosra emelkedik, ha két vagy több krónikus betegség van jelen [29].

Magyarországon a depresszió és a szorongás szintjét még nem mérték fel osztályos és ambuláns onkológiai betegeknél, ezért vizsgálatunkban célkitűzésünk volt (1) felmérni a szorongás és (2) a depresszió szintjét daganatos betegek körében, (3) megvizsgálni, mely szomatikus tünetek jelennek meg a leginkább az onkológiai betegeknél, (4) megismerni a szorongás, a depresszió és a szomatikus tünetek különböző összefüggéseit, valamint (5) megismerni a szorongás, a depresszió és a multimorbiditás összefüggéseit daganatos betegeknél.

Módszerek

Vizsgálati személyek

Keresztmetszeti vizsgálatunkba 18. életévüket betöltött, daganatos megbetegedés diagnózisával rendelkező betegeket vontunk be. Bevonási kritériumaink között szerepelt a daganatos diagnózis, megfelelő fizikai és kognitív állapot, azaz hogy a beteg képes megérteni és megvála-

szolni a feltett kérdéseket, a magyar nyelv ismerete és a részvételbe való belegegyezés. A vizsgálat résztvevőit a PTE KK Onkoterápiás Intézetének fekvőbeteg- és ambuláns részlegén megjelent betegek köréből választottuk ki. A vizsgálatban a betegek anonim módon vettek részt, részvételük önkéntes és tájékozott belegegyezésen alapult. A vizsgálat céljáról és körülményeiről szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptak. Az adatok kezelése és tárolása a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény alapján történt. A vizsgálatot a PTE KK Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte. Az etikai engedély száma: 9266-PTE 2022.

Vizsgálati eszközök

Keresztmetszeti vizsgálatunk validált kérdőívek (HADS, ESAS) segítségével valósult meg. Az adatfelvételre szolgáló kérdőívcsomag tartalmazta továbbá a betegek demográfiai adataira, a daganatos betegség előtt előforduló szorongásra és depresszióra, a különböző szomatikus tünetek előfordulására, valamint egyéb multimorbiditás meglétére vonatkozó kérdéseket.

Kutatásunkban a Hospital Anxiety and Depression Scale-t (HADS) [30], vagyis a magyar nyelvre validált Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát használtuk [31]; ez a daganatos betegek kezelésében validált és széles körben használt, 14 tételes skála [32, 33], amely két 7 tételes alszálából áll: az egyik a szorongást (HADS-S), a másik pedig a depressziót (HADS-D) értékeli. A szomatikus tünetekkel kapcsolatos mérőszámok eltávolítása a kérdőívből a szomatikus tünetekkel küzdő betegek álpozitív eseteinek megelőzésére a HADS-t különösen fontossá teszi a mentális zavarok kimutatásában daganatos betegeknél.

Emellett használtuk az Edmonton Symptom Assessment Scale-t (ESAS), vagyis az Edmonton Tünetértékelő Skálát, mely megbízható eszközként használható a daganatos betegek által tapasztalt leggyakoribb tünetek (például fájdalom, alvási nehézségek, nehézlégzés, depresszió, szorongás) felmérésére, valamint a palliatív ellátásba kerülő betegek tüneti terheinek dokumentálására [34]. Előnye, hogy könnyen kezelhető, gyorsan kitölthető, és a beteg saját maga tudja leírni a tünet súlyosságának mértékét. A beteg helyett hozzátartozója vagy egészségügyi ellátója is rögzítheti az adatokat. Az ESAS mind a napi klinikai gyakorlatban a tünetek feltárására, mind a betegek tüneteinek longitudinális monitorozására alkalmas [35].

Statisztikai elemzés

A kvantitatív adatok feldolgozására (leíró elemzés, varianciaanalízis) az IBM SPSS Statistics (version 24) szoftvert (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) használtuk, az eredményeket 0,05 alatti p-érték esetén tekintettük

szignifikánsnak. A HADS eredményeinek kiértékelése a Bjelland és mtsai által 2002-ben kidolgozott útmutató alapján történt [36].

Eredmények

Leíró statisztika

A vizsgálatban való részvételt a megkérdezett 120 betegből összesen 113 vállalta, így a válaszadási arány 94,2%-os volt. Az adatfelvételkor a 113 válaszadóból 90 a PTE KK Onkoterápiás Intézetében osztályos, míg 23 ambuláns ellátásban részesült. A betegek átlagéletkora 65 év volt, valamint a vizsgálatban több nő (62,8%) vett részt, mint férfi (37,2%).

Diagnózisok és kórelőzmények

A daganatos betegség által leggyakrabban érintett szerv a tüdő volt, ezt követték a bélrendszer daganatos betegségei, majd az emlődaganatok. Az egyéb krónikus megbetegedések közül a leggyakoribb a magas vérnyomás volt, ezt követte a cukorbetegség, majd a krónikus obstruktív tüdőbetegség, valamint az asztma.

Szorongás és depresszió

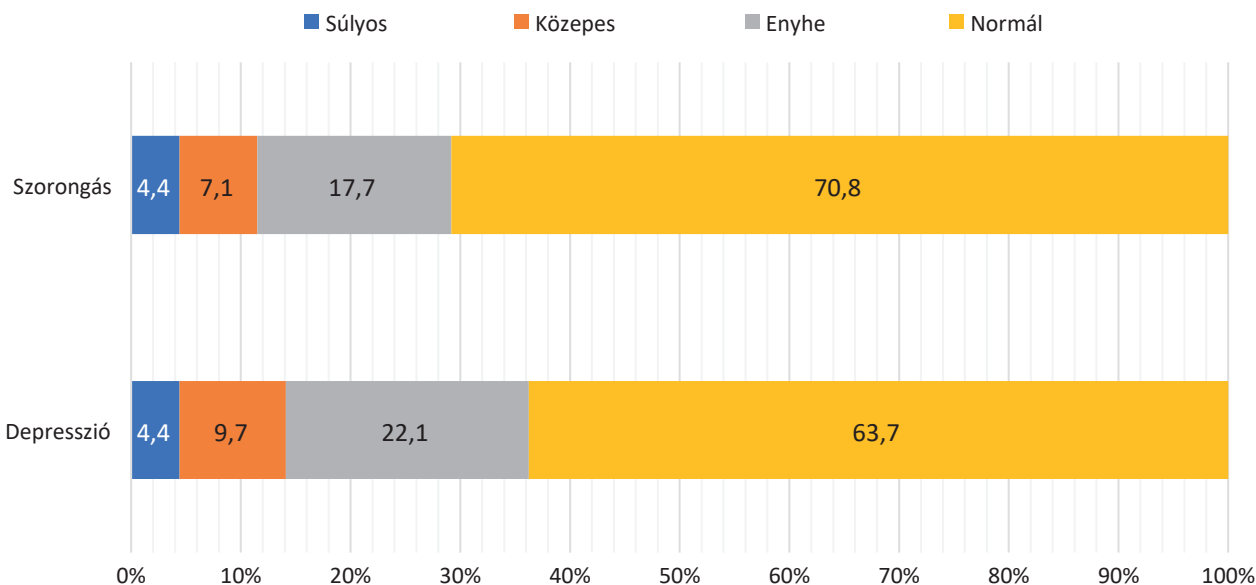
A HADS alapján mért szorongásszintek megoszlása a következő volt: a betegek 17,7%-ában enyhe, 7,1%-ában közepes, 4,4%-ában súlyos szintű szorongást mértünk (1. ábra). A szintén a HADS szerint mért depressziószintek megoszlása a következő volt: a betegek 22,1%-ában enyhe, 9,7%-ában közepes, 4,4%-ában súlyos szintű depressziót mértünk (1. ábra).

Szomatikus tünetek

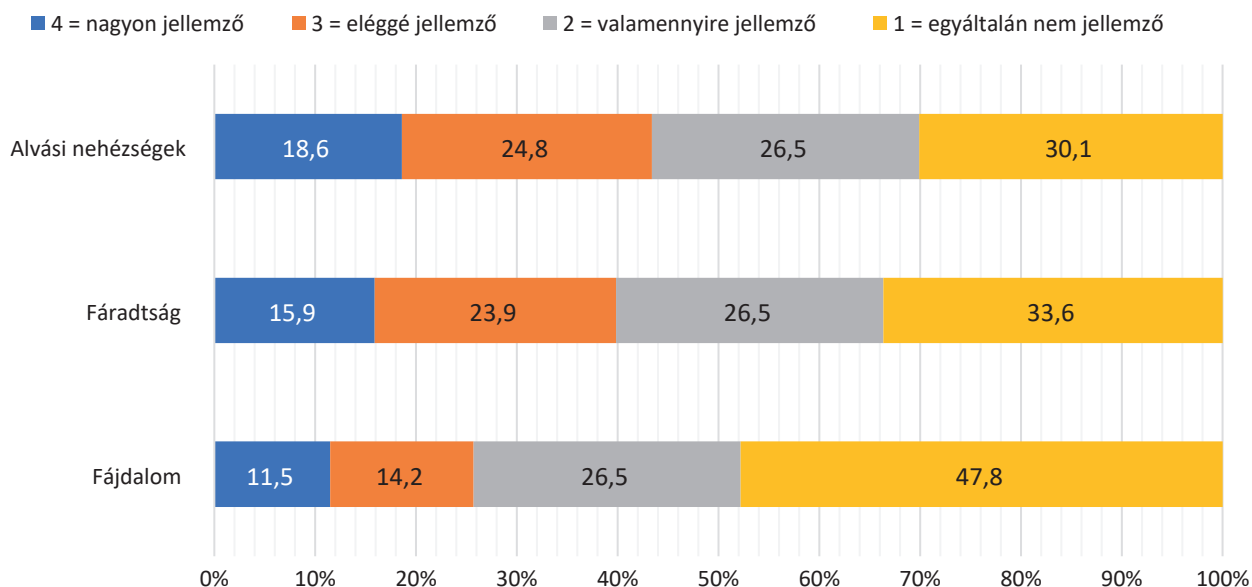
A betegek körében a felmért tünetek közül az alvási nehézségek fordultak elő a legnagyobb hányadban. A válaszadók 69,9%-ára volt valamilyen mértékben jellemző, hogy alvási nehézségekkel küzdött, nehezen ment az elalvás, vagy probléma volt az átalvással. A második leggyakoribb tünet a fáradtság volt. A válaszadók 66,3%-ára volt jellemző valamilyen mértékben, hogy egész nap kimerültek, fáradtnak érezték magukat. A fájdalom is jelentős terhet jelent a betegek mindennapjaiban. A betegek 52,2%-ára volt jellemző valamilyen mértékben, hogy a jelentkező fájdalmak megnehezítették a mindennapokat (2. ábra).

A szorongás, a depresszió és a szomatikus tünetek összefüggései

A normálérték feletti szorongást és depressziót mutatók átlagosan több szomatikus tünetet említettek, mint azok, akiknek a szorongás- és depressziószintje normális volt.



1. ábra | Szorongás- és depressziószint daganatos betegeknél



2. ábra | Fizikai tüneti terhek

A különbség szignifikánsnak bizonyult (szorongás: ANOVA, $p < 0,001$; depresszió: ANOVA, $p = 0,02$) (2. táblázat). A normálérték feletti szorongást mutatók 60,6%-ánál eléggé vagy nagyon jellemző a fáradtság, míg a normális értékű szorongást mutatók körében ez az arány csak 31,3% (Fisher-teszt, $p = 0,004$). A normálérték feletti depressziót mutatók 65,9%-ánál eléggé vagy nagyon jellemző a fáradtság, míg a normális értékű depressziót mutatók körében ez az arány csak 25,0% (Fisher-teszt, $p < 0,001$). A normálérték feletti depressziót mutatók

2. táblázat | A szorongás, a depresszió és a fizikai tüneti terhek összefüggései

		Átlagosan hány tünet jellemző eléggé vagy nagyon? Átlag (CI)
Szorongás	Normálérték:	1,1 (0,8–1,3)
	Normálérték feletti:	1,8 (1,4–2,1)
Depresszió	Normálérték:	0,9 (0,7–1,2)
	Normálérték feletti:	1,9 (1,5–2,2)

CI = konfidenciaintervallum

3. táblázat | A szorongás, a depresszió, a fáradtság és a fájdalom összefüggései

			Szorongás			
			Normálérték	Normálérték feletti	Együtt	
Fáradtság	Egyáltalán nem vagy valamennyire jellemző	Fő	55	13	68	
		%	68,8	39,4	60,2	
	Eléggé vagy nagyon jellemző	Fő	25	20	45	
		%	31,3	60,6	39,8	
	Összesen	Fő	80	33	113	
		%	100,0	100,0	100,0	
				Depresszió		
				Normálérték	Normálérték feletti	Együtt
	Egyáltalán nem vagy valamennyire jellemző	Fő	54	14	68	
		%	75,0	34,1	60,2	
Eléggé vagy nagyon jellemző	Fő	18	27	45		
	%	25,0	65,9	39,8		
Összesen	Fő	72	41	113		
	%	100,0	100,0	100,0		
Fájdalom			Depresszió			
			Normálérték	Normálérték feletti	Együtt	
	Egyáltalán nem vagy valamennyire jellemző	Fő	60	24	84	
		%	83,3	58,5	74,3	
	Eléggé vagy nagyon jellemző	Fő	12	17	29	
		%	16,7	41,5	25,7	
	Összesen	Fő	72	41	113	
		%	100,0	100,0	100,0	

tók 41,5%-ában eléggé vagy nagyon jellemző a fájdalom, míg a normális depressziószintet mutatók körében ez az arány 16,7% (Fisher-teszt, $p = 0,004$) (3. táblázat).

A szorongás, a depresszió és a multimorbiditás összefüggései

A normálérték feletti szorongást mutatók átlagosan több krónikus betegséggel rendelkeznek (1,21), mint azok, akiknek a szorongása normális értéket mutat (0,77). A különbség szignifikáns (ANOVA, $p = 0,011$) (4. táblázat).

4. táblázat | A szorongás, a depresszió és a multimorbiditás összefüggései

Szorongás	Elemszám (fő)	Átlagosan hány krónikus betegségük van a daganatos betegségen kívül? Átlag (CI)
Normálérték:	79 fő	0,8 (0,6–0,9)
Normálérték feletti:	33 fő	1,2 (0,9–1,5)
Összesen:	112 fő	0,9 (0,7–1,0)

CI = konfidenciaintervallum

Megbeszélés

Magyarországon a daganatos megbetegedések száma (100 000 főre 623 új eset jut) 10,0%-kal, a daganatos halálozás pedig (100 000 főre 330 halálozás jut) 25,0%-kal haladja meg az európai uniós átlagot. Hazánkban a három leggyakoribb daganattípus 2020-ban a tüdőrák, a vastagbélrák és a mellrák volt [37]. Ezek az adatok megegyeznek vizsgálatunk eredményeivel: a legtöbb megkérdezett daganatos beteg tüdőérintettségéről számolt be (31 fő), a második leggyakoribb a bélrendszer daganatos betegsége (25 fő), míg a harmadik az emlő daganatos betegsége volt (20 fő).

Vizsgálatunkban a betegek 29,2%-ának volt magasabb a szorongásszintje a normálértéknél, ami alacsonyabb a legutóbbi, 2014. évi hazai kutatásban mért 45,8%-nál [12]. Az eltérés magyarázható azzal, hogy a *Rohánszky és mtsai* vizsgálatában részt vett betegek többsége úgy került a felmérésbe, hogy már korábban felkeresték a Tűzmadár Alapítványt, amely a daganatos betegek krízisközpontja. Azokban a nemzetközi vizsgálatokban, amelyeket a saját kutatásunkhoz hasonlóan kérdőívek segítségével (például HADS) valósítottak meg, a szorongás előfordulása 12,0–25,0% között változott [15]. Tanulmányok leírják, hogy tüdőtümosos betegekben, valamint daganatos

tos nőknél a szorongás prevalenciája magasabb, ami magyarázhatja a vizsgálatunk során mért magasabb szorongásszintet a nemzetközi adatokhoz képest, hiszen az általunk vizsgált betegpopulációban női túlsúly volt, valamint a legtöbb kutatásunkba bevont beteg a tüdő daganatos betegségével élt [38, 39].

A depresszió a daganatos betegség egyik jelentős szövődménye, és előfordulási aránya nagyobb ebben a betegcsoportban, mint a teljes populációban, sőt a depresszió relatív kockázata daganatos betegeknél meghaladta a stroke-ban, diabetes mellitusban és szívbetegségben szenvedőket [13]. Jelen kutatásunkban a depresszió a betegek 36,2%-ánál jelent meg, különböző súlyosságban, ami közel azonos a *Rohánszky és mtsai* által mért 32,0%-kal [12]. 15 külföldi tanulmány metaanalíziséből született eredmények alapján a depresszió prevalenciája járóbetegeknél 5,0–16,0%, fekvőbetegeknél 4,0–14,0%, vegyes járó- és fekvőbetegmintában 4,0–11,0%, palliatív ellátásban pedig 7,0–49,0% [40]. Az általunk megkérdezett betegek 79,6%-a fekvőbetegosztályon volt az adatfelvételkor, 20,4%-a pedig járóbeteg-ellátásban, így a vizsgálatunkban mért 14,1%-os közepes és súlyos depressziószint összhangban van a nemzetközi adatokkal [40]. Mind a szorongás, mind a depresszió nagyobb arányban fordult elő a teljes populációra jellemző értékeknel a vizsgált onkológiai betegek körében [41, 42].

A daganatos betegek alvási nehézségeiről szóló metaanalízisben 160 tanulmányt dolgoztak fel, aminek eredményeként az alvási nehézségek prevalenciáját 60,7%-ra tették a daganatos betegcsoportban; jelen vizsgálatunkban ez az arány 69,5% [43]. Az eltérés magyarázható azzal, hogy az említett külföldi tanulmányokban alvászavart felmérő skálákat alkalmaztak, az általunk alkalmazott kérdőívben azonban csak egy kérdés vonatkozott a betegeknél megjelenő alvási nehézségekre.

A fáradtság a válaszadók 66,3%-ára volt jellemző valamilyen mértékben. Egy nagy elemszámú, szisztematikus áttekintés a daganatos betegséggel összefüggő fáradtság 49,0%-os prevalenciájáról számolt be, a vizsgálatok között azonban jelentős volt a heterogenitás, a fáradtság prevalenciája 11,0% és 99,0% között mozgott [44]. A mért értékeket befolyásolják a mérőskálák különbségei, az eltérő küszöbértékek, valamint a daganat típusa és stádiuma.

A daganatos fájdalom súlyosan befolyásolja az életminőséget, és számos pszichoszociális tényezővel összefügg. A fájdalom előfordulási aránya 39,3% a kezeléseket követően, 55,0% a daganatellenes kezelés alatt és 66,4% előrehaladott, metasztatikus vagy terminális betegségben, a teljes daganatos populációt tekintve pedig 50,0% számolt be – a mérsékeltől az igen súlyosig – valamilyen fokú fájdalomról [45]. Vizsgálatunkban a betegek 52,2%-ában fordult elő fájdalom, ami összhangban van a nemzetközi adatokkal.

Összefüggéseket találtunk a normálérték feletti szorongás és depresszió, valamint a megnövekedett szomatikus tünetek között, ami összhangban áll a nemzetközi

adatokkal [46, 47]. *Cooley és mtsai* kutatásában a fáradtság és a fájdalom indukálta a legnagyobb pszichés terhet a vizsgált betegeknél. A mért szomatikus tünetek közül a fáradtság és a fájdalom jelen kutatásunkban is erős összefüggést mutatott a depresszióval, emellett a fáradtság a szorongással is összefüggésben állt [48]. Egyelőre még kevés adat áll rendelkezésre a multimorbiditás és a betegek pszichés terheinek kapcsolatáról daganatos betegeknél, az eddig publikált nemzetközi vizsgálatok azonban a multimorbiditás és a szorongás közötti jelentős összefüggésre utalnak [49, 50].

A vizsgálat korlátai

Vizsgálatunk korlátai között meg kell említenünk, hogy a betegek beválasztási kritériumai között nem tettünk különbséget a daganat típusát vagy stádiumát illetően. Mintánk tartalmaz a daganatos diagnózisukkal nemrég szembesült, aktív onkológiai kezelés alatt álló, valamint limitált életkilátású betegeket is, így eredményeink jelentős eltérést mutathatnak más vizsgálatok adataihoz képest, melyeknél specifikusabb szempontok alapján történt a betegek bevonása.

Következtetés

A szorongás és a depresszió nagy arányban volt jelen a vizsgált onkológiai betegeknél. Az onkológiai ellátásban így javasolt a szorongás és a depresszió felmérése, különösen rizikófaktorok fennállásakor, mivel a szorongással, depresszióval küzdő betegek kiszűrése és megfelelő ellátása javítja az életminőséget, és csökkentheti a fájdalmat, az egyes szomatikus tüneteket. A daganatos betegek körében az alvási nehézségek fordulnak elő a legnagyobb arányban, ezt követi a fáradtság és a fájdalom előfordulása. Továbbá a szorongás és a depresszió mértéke összefüggést mutatott a szomatikus tünetekkel. A betegellátás során ebben a betegcsoportban fokozottan figyelni kell az alvási nehézségekre, a fáradtságra és a jelentkező fájdalmakra, hiszen ezek a tünetek jelentős, az életminőséget negatívan befolyásoló tényezők. A kutatásunkban alkalmazott kérdőívek gyorsan és egyszerűen kitölthetők, nem jelentenek pluszterhet a betegellátás során, sőt a beteg már a váróteremben kitöltheti őket. Rendszeres használatuk pedig segítséget jelenthet a klinikus számára a terápiás változtatások hatásainak megítélésére. Javasoljuk használatuk bevezetését nemcsak az onkológiai gondozásba, hanem bármely olyan betegellátásba, ahol krónikus, életet rövidítő betegséggel küzdő betegeket látnak el, így lehetővé téve a fokozott pszichés és szomatikus tünetekkel élő betegek kiszűrését és e betegek palliatív ellátásba való utalását. A betegek palliatív ellátásba való felvételével a tüneti terhek multidiszciplináris ellátása valósulhat meg. A kutatás reprezentativitását és az eredmények alkalmazhatóságát növelné további, nagyobb elemszámú és specifikusabb betegpopulációt érintő vizsgálatok készítése.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: V. G.: Kutatástervezés, adatgyűjtés, irodalomkutatás, a kézirat megírása. H. R. a kézirat megírásában segített. B. Cs.: Kutatástervezés, statisztikai analízis, a kézirat szerkesztése. Cs. Á.: Kutatástervezés és a kézirat szerkesztése. V. E.: Kutatástervezés és adatgyűjtés. M. L.: A megírt cikk korrigálása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek jelenteni való érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Hálásak vagyunk minden, a kutatásban részt vett beteg bizalmáért és értékes gondolataikért.

Irodalom

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71: 209–249.
- [2] Bálint L, Kovács K. Mortality. In: Monostori J, Óri P, Spéder Z. (eds.) Demographic portrait 2021. [Halandóság. In: Monostori J, Óri P, Spéder Z. (szerk.) Demográfiai portré 2021.] Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2021; 183–210. [Hungarian]
- [3] Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol.* 2017; 35: 834–841.
- [4] Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol.* 2018; 29: 36–43.
- [5] Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 880–887.
- [6] Wood DE. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines for lung cancer screening. *Thorac Surg Clin.* 2015; 25: 185–197.
- [7] Horváth O, Rác K, Jakus N, et al. Effective integration of hospice palliative care into national oncology and general practice. [A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1520–1527. [Hungarian]
- [8] World Health Organization. Pain relief and palliative care. In: National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2nd ed.). Office of Publications, Geneva, 2002; pp. 83–91.
- [9] Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96.
- [10] Bóna A. The psychology of crisis. In: Kiss ECs, Sz. Makó H. (eds.) Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. [A krízis lélektana. In: Kiss ECs, Sz. Makó H. (szerk.) Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.] Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Budapest, 2015; pp. 123–137. [Hungarian]
- [11] Karádi O, Mangel LC. Literature review of evidence-based follow-up strategies of cancer patients. [Daganatos betegek evidencia alapú gondozási stratégiáinak irodalmi áttekintése.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1704–1712. [Hungarian]
- [12] Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Psychosocial status of Hungarian cancer patients. [Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 1024–1032. [Hungarian]
- [13] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12: 160–174.
- [14] Mehnert A, Koch U, Schulz H, et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients – study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 70.
- [15] Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO clinical practice guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 101155.
- [16] Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: a systematic review and development of an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2017; 56: 40–54.
- [17] Szelei A, Döme P. Cancer and depression: a concise review. [Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 908–916. [Hungarian]
- [18] Grassi L, Nanni MG, Caruso R. Emotional distress in cancer: screening policy, clinical limitations and educational needs. *J Med Pers.* 2010; 8: 51–59.
- [19] Induru RR, Walsh D. Cancer-related insomnia. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014; 31: 777–785.
- [20] Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, et al. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep* 2005; 28: 1457–1464.
- [21] Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, et al. Cancer-related fatigue, version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015; 13: 1012–1039.
- [22] Jones JM, Olson K, Catton P, et al. Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2016; 10: 51–61.
- [23] Te Boveldt N, Vernooij-Dassen M, Burger N, et al. Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician* 2013; 16: 379–389.
- [24] Cunha R, da Silva Oliveira AG, Carvalho TD, et al. 1872P Pain in oncology: prevalence and characterization. *Ann Oncol.* 2020; 31(Suppl 4): S1067. Available from: <http://www.annalsof-oncology.org/article/S0923753420415157/fulltext> [accessed: Mar 27, 2023].
- [25] Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40: 327–341.
- [26] Van Den Akker M, Buntinx F, Roos S, et al. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001; 54: 675–679.
- [27] Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature* 2008; 451: 716–719.
- [28] Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; 346: f2510.
- [29] Jaisooriya TS, Bhaskarapillai B, Manoj L, et al. Risk estimates of anxiety and depressive disorders among primary care patients with chronic medical illness – a Indian study. *Asian J Psychiatr.* 2022; 74: 103190.
- [30] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361–370.
- [31] Muszbek K, Székely A, Balogh ÉM, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res.* 2006; 15: 761–766.
- [32] Vodermaier A, Millman RD. Accuracy of the hospital anxiety and depression scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2011; 19: 1899–1908.

- [33] Wu Y, Levis B, Sun Y, et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2021; 373: n972.
- [34] Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7: 6–9.
- [35] Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 630–643.
- [36] Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002; 52: 69–77.
- [37] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. State of health in the EU, Hungary: country health profile 2021. OECD Publishing, Paris, 2021; p. 6.
- [38] Zabora J, Brintzenhofe-Szoc KM, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19–28.
- [39] Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, et al. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics* 2009; 50: 383–391.
- [40] Walker J, Holm Hansen C, Martin P, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol.* 2013; 24: 895–900.
- [41] Torzsa P, Szeifert L, Dunai K, et al. Diagnosis and therapy of depression in primary care. [A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 1684–1693. [Hungarian]
- [42] Szende A, Németh R. Health-related quality of life of the Hungarian population. [A magyar lakosság egészségi állapothoz kapcsolódó életminősége.] *Orv Hetil.* 2003; 144: 1667–1674. [Hungarian]
- [43] Al Maqbali M, Al Sinani M, Alsayed A, et al. Prevalence of sleep disturbance in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nurs Res.* 2022; 31: 1107–1123.
- [44] Al Maqbali M, Al Sinani M, Al Naamani Z, et al. Prevalence of fatigue in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2021; 61: 167–189. e14.
- [45] Aman MM, Mahmoud A, Deer T, et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) best practices and guidelines for the interventional management of cancer-associated pain. *J Pain Res.* 2021; 14: 2139–2164.
- [46] Fodeh SJ, Lazenby M, Bai M, et al. Functional impairments as symptoms in the symptom cluster analysis of patients newly diagnosed with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46: 500–510.
- [47] Lage DE, El-Jawahri A, Fuh CX, et al. Functional impairment, symptom burden, and clinical outcomes among hospitalized patients with advanced cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020; 18: 747–754.
- [48] Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psychooncology* 2003; 12: 694–708.
- [49] Dai D, Coetzer H, Zion SR, et al. Multimorbidity and its associations with anxiety and depression among newly diagnosed patients with breast cancer: a retrospective observational cohort study in a US commercially insured and medicare advantage population. *Cancer Control.* 2022; 29: 10732748221140691.
- [50] Wu HS, Davis JE, Chen L. Impact of comorbidity on symptoms and quality of life among patients being treated for breast cancer. *Cancer Nurs.* 2019; 42: 381–387.

(Csikós Ágnes dr.,
Pécs, Rákóczi út 2., 7623
e-mail: csikos.agnes@pte.hu)

„*Notissimum quodque malum, maxime tolerabile.*”
(Az a baj, amiről előre tudunk,
még ha nehéz is, jobban elviselhető.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)