

# A pszichés morbiditások korai felismerése a pszichoonkológiai ellátás során

(Pszichoonkológiai szűrővizsgálat bevezetése Magyarországon I.)

MAILÁTH MÓNIKA<sup>1</sup>, LACZKÓNÉ MAJER RÉKA<sup>1</sup>, HORVÁTH ZSOLT<sup>1</sup>, SZABÓ GERGELY SÁNDOR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Onkológiai és Sugárterápiás Intézet, Debrecen, <sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

## Levelezési cím:

Dr. Mailáth Mónika, Debreceni Egyetem Klinikai Központ,  
Onkológiai Klinika, Onkológia Osztály, 4032 Debrecen,  
Nagyerdei Krt. 98. Tel.: 06 52 411-717/54737,  
e-mail: mailathmoni@freemail.hu

## Közlésre érkezett:

2017. július 3.

## Elfogadva:

2017. augusztus 8.

A magyar lakosság egészségügyi mutatói közül a daganatos betegségek legfontosabb jelzőszámai nem javultak az ezredforduló óta. Az onkopszichológiai ellátás során pácienseinknél a lehető legjobb életminőség elérése a cél. Körükben a pszichés zavarok előfordulási gyakorisága jelentős, ehhez kisszámú ellátó személyzet társul: így a veszélyeztetettek kiemelése, vagyis a szisztematikus szűrés bevezetése lenne a megoldás. Magyarországon jelenleg nincs egységes, minden onkológiai ellátó intézményre kiterjedő szűrési módszer. A distresszhőmérő és problémalista magyar standardjának meghatározása bevezető lépése egy komplex programnak, melynek célja általános onkopszichológiai szűrés kialakítása. Egy ilyen átfogó program emelheti a hazai onkológiai betegellátás színvonalát, és végső soron betegeink életminőségét, életkilátásait is. *Magy Onkol* 61:276–283, 2017

**Kulcsszavak:** pszichoonkológia, distressz, szűrés, problémalista, distresszhőmérő

*Unfortunately there have been no positive changes in the main indicators of cancer incidence in Hungarian population since the turn of the millennium. The main goal of psycho-oncologic treatment is to provide the highest possible quality of life to the patient. The prevalence of mental disorders in cancer patients is high and it is accompanied by a rather small number of qualified staff. Thus, the remedy might be the identification of high-risk patients, i.e. the systematic psycho-oncologic screening. Hungary is still lacking a unified screening method that involves all oncologic treatment-providing units. Compiling the Hungarian standards for the Distress Thermometer and the Problem List is the first step of a complex program for creating a general psycho-oncologic screening. Such a comprehensive program might improve oncologic patient-care and, eventually, the quality and prospect of the lives of patients.*

*Mailáth M, Laczkóné Majer R, Horváth Z, Szabó GS. The early recognition of mental morbidities during psycho-oncologic treatment. *Magy Onkol* 61:276–283, 2017*

**Keywords:** psycho-oncology, distress, screening, problem list, distress thermometer

## BEVEZETÉS

A magyar lakosság egészségügyi mutatói közül a daganatos betegségek legfontosabb jelzőszámai nem javultak az ezredforduló óta: a 100 000 főre eső daganatos halálozás 2000-ben 329,8, 2014-ben 337,4 volt. A bejelentett új daganatos megbetegedések száma 2001-ben 62 682, 2014-ben 76 996 (1). A növekvő számú érintetteknek (rákbetegek és hozzátartozóik) segítséget nyújtani a vizsgálatokkal, a beavatkozásokkal, a különféle terápiákkal, valamint a daganatos folyamattal együtt járó pszichés problémák megoldásában a pszicho-onkológiai team feladata (2). A korszerű ellátáshoz multidiszciplináris csoportra van szükség, melynek tagjai: (onkológus) orvos, nővér, gyógytornász, pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember, lelkes, szociális munkás és képzett önkéntes segítők (3).

A magyarországi szervezett pszicho-onkológia alig 3 évtizednyi történetében hatalmas eredmények születtek. Az ütemes fejlődés mellett azonban a gyakorlati munkában nap mint nap szembesülünk hiányokkal is. Bár a Nemzeti Rákellenes program már 2006-ban kimondta: „Az onkológiai központok mindegyikében biztosítani kell a betegek és hozzátartozóik számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét” (<http://docplayer.hu/388549-Nemzeti-rakellenes-program.html>), az onkológiai osztályok 1/3-a, a centrumok 50%-a rendelkezik csak pszichológus szakemberrel (4).

## PSZICHÉS ZAVAROK MEGJELENÉSE AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSÁBAN

Az onkopszichológiai ellátás során a holisztikus szemlélet jegyében arra kell törekednünk, hogy pácienseink számára a lehető legjobb életminőséget segítsük elő. Része ennek a daganatos betegséget kísérő egyéb betegségek, így pszichés problémák vagy konkrét pszichiátriai zavarok korai felismerése és lehetőség szerinti kezelése (2, 3). Különösen fontos ez azért is, mert a betegség kiderülése, a diagnózisközlés időszaka még az egyébként mentálisan egészséges személyek többségénél is okoz átmeneti alkalmazkodási nehézséget (3, 5). A DSM-5 diagnosztikus kategóriarendszerben az alkalmazkodási zavar tulajdonképpen közbülső állapot egy kontinuumon a normális alkalmazkodási folyamat és a súlyos (szorongásos, depresszív stb.) zavarok közt (6, 7). Egyes esetekben a tumoros betegséget kísérő szorongás, depresszió, reménytelenségérzés nagyobb problémát jelent a beteg és családtagjai számára, mint az alapbetegség okozta tünetek vagy a kezelés mellékhatásai. A kezeletlen pszichiátriai zavarokban szenvedő rákbetegek életminősége rosszabb, mint megfelelő ellátásban részesülő társaiké, esetenként romlik együttműködésük a kezelőorvossal, a terápiás folyamat egészével, gyakoribb a családi diszfunkció és öngyilkossági rizikó, túlélési mutatóik is gyengébbek (5, 8, 9). Egy közel 250 000 svéd rákbeteg 6 éves követésének adatait leíró friss tanulmány kimutatta, hogy azok a betegek, akik a rákdiagnózis után kaptak mentális betegség diagnózist (ez újonnan fellépő betegség volt), jelentősen fokozott rizikót mutattak a daga-

natos halálozásra. Ez a rizikó alacsonyabb volt a visszatérő mentális zavart mutató betegeknél (5). A daganatos betegek 40–50%-a kimeríti valamelyik (DSM-, ill. BNO-kategorizálás szerinti) pszichiátriai zavar kritériumait; leggyakrabban alkalmazkodási zavar, hangulatzavarok vagy szorongásos zavarok fordulnak elő (8–10). Mitchell és munkatársai egy 2011-es, 94 tanulmányt összegző metaanalízisben külön vizsgálták a palliatív ellátásban és az onkológiai-hematológiai ellátásban előforduló pszichés zavarokat. Palliatív ellátásban az összes típusú hangulatzavar együttes prevalenciáját 29%-nak találták; ezen belül a depresszió: 24,6%, a major depresszív zavar: 14,3%, alkalmazkodási zavar: 15,4%, szorongásos zavarok: 9,8%. Onkológiai és hematológiai ellátásban az összes hangulatzavar prevalenciája 38,2% volt, a depresszió 20,7%-ban, major depresszió 14,9%-ban, alkalmazkodási zavar 19,4%-ban, szorongásos zavar 10,3%-ban fordult elő a betegek között (11).

## A MAGYAR DAGANATOS BETEGEK HELYZETE

A hazai daganatos betegek életminőségét, lelkiállapotát vizsgáló tanulmányokból kevés született az elmúlt években. 2006-ban Muszbek és munkatársai (12) 715 magyar rákbeteg részvételével végezték el a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (13) magyar fordításának validálását. Dégi 2008-as tanulmánya a klinikailag szignifikáns depresszióknak női daganatos betegek esetében 28,5%-os, míg férfi daganatos betegeknél 27,4%-os előfordulását írja le (14). 2014-ben Rohánszky és munkatársai 1070, különféle stádiumú és típusú daganattól szenvedő beteg pszichoszociális állapotának sok szempontú elemzését tették közzé. Vizsgálatukból kiemelendő, hogy súlyos szorongással jellemezhető a vizsgált daganatos betegek 24%-a, súlyos depresszió állapotát mutatta 13,3%, közepes depresszióét 18,4%. A diagnózis óta felmerült öngyilkossági gondolatokról 13%-uk számolt be. Társas támogatottságuk mértéke az országos átlag alatti, 40%-uk él létminimum vagy az alatti összegből, pszichológiai segítségnyújtást 61,6%-uk venne igénybe (16,6% elzárkózott ettől, 21,8% pedig bizonytalan volt) (15). Az otthoni hospice-gondozásban végzett felmérésben a Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány munkatársai a 8 év alatt ellátott összes beteg adatait elemezték. 36%-uk kért – vagy ajánlottak számára – pszichoszociális támogatást, de ez csak az esetek közel felében valósult meg, a betegek 18%-a részesült ilyen intervencióban (16).

Hazánkban a pszicho-onkológia még fiatal szakterület, és bár az informáltság javul, a betegeink egy csoportja nem tud arról, hogy daganatos problémája miatt speciális pszichológiai/pszichiátriai ellátásra jogosult, sem arról, mit várhat egy ilyen intervenciótól. Sajnos, mind a daganatos betegséget (17, 18), mind a pszichológiai ellátást, terápiákat a mai napig stigma övezi, és sokan a pszichológiai segítségnyújtást azért nem fogadják el, mert téves elképzeléseik vannak róla. Többnyire attól tartanak, hogy tágabb szociális környezetükben, munkahelyükön vagy lakóhelyükön kiderül, hogy pszichi-

áternél vagy pszichológusnál jártak, ami negatívan fogja befolyásolni a róluk kialakult véleményét. A pszichoonkológiai beavatkozás szükségességének megítélése összetett és tapasztalatot igénylő szakfeladat, ezért nem terhelhető rá magára a betegre vagy családjára, és nem bízható csupán az onkológus klinikai tapasztalatára sem.

A fentiek alapján látható, hogy a pszichés zavarok előfordulási gyakorisága jelentős a daganatos betegek körében, amihez kisszámú ellátó személyzet társul. Annak érdekében, hogy ezek ellenére minél több beteget el tudjunk látni, a leginkább veszélyeztetettek jó hatásfokkal való kiemelése, vagyis a szisztematikus szűrés bevezetése lenne a megoldás.

### A SZŰRÉS FELADATA; DISTRESSZ SZŰRÉSE

A pszichoonkológiai szűrés olyan többletfeladat a betegellátás során, amely jelent bizonyos terhet a vizsgáló számára (különösen, ha nem gyakorlott ebben), és módszertől függően időigénye is van. Nyilvánvaló tehát, hogy rutinszerű szűrést akkor érdemes végezni, ha ennek konzekvens előnyei vannak elsősorban a beteg, másodsorban az ellátó személyzet számára; ezen túl adatokat szolgáltat, melyek tudományos szempontból előrevihetik a további pszichoonkológiai kutatásokat, és így – közvetetten – ismét az onkológiai betegek jóllétét segíthetik. A szűrés során kiemelt páciensek további vizsgálata és pszichiátriai/pszichológiai ellátása etikai szempontból is elengedhetetlen. Ehhez azonban speciálisan képzett szakemberekre van szükség, ami az onkopszichológiai képzés mikéntjét is érinti, meghatározott tudásbázissal, akár licencvizsga formájában. A rutinszerű szűrésről megoszlik a vélemény: egyes tanulmányok nem támasztják alá, hogy javítaná a páciensekkel kapcsolatos kimenetelt, ami lehet pl. gyakoribb szakellátásra utalás vagy jobb orvos-beteg kapcsolat (19, 20). Ez azonban nem teszi elvetendővé a szűrést, hanem metodikájának pontos megtervezését és az eredmény kontrollálását teszi szükségessé. A szűrés hatékonyságát erősítheti a distressz mellett életminőségre és más doménekre (szorongás, depresszió) való rákérdezés, időszakos utánkövetés és rákérdezés a segítségsszükségletre, ill. a szükséges beavatkozás megtörténének ellenőrzése (21). Több áttekintő tanulmány is összegzi, hogy a szisztematikus szűrés akkor indokolt, ha mérhetően javítja a páciensekre vonatkoztatott kimenetelt (Patient-Reported Outcome Measures, PROM), mely lehet pl. a páciens jóllétének, közérzetének mérhető javulása vagy jobb kommunikáció (22–24). Distressz szűrése esetén ez a distressz káros következményeinek csökkenése, pl. pszichoszociális intervenciók által. Problémát jelenthet, hogy a „distressz”, ami az onkológiai betegek tömegét érinti, nem olyan jól definiált, mint pl. a „major depresszív zavar”. Szűrése során akkor lehetnének biztosak az eljárás „megtérülésében”, ha ezáltal a magas distresszt mutató személyeket olyan standard intervencióra utalhatnánk, amelyet a nem szűrés útján jelentkező distresszterhelt személyek is igénybe vesznek (22).

A distressz fogalom írja le legpontosabban azt az érzéskomplexumot, amelyet a daganatos betegek többsége tapasztal a betegség lefolyása során akár visszatérően is; függetlenül attól, hogy klinikailag depressziósnak vagy szorongásos zavarban szenvedőnek minősül-e. Az NCCN (National Comprehensive Cancer Network) definíciója szerint a distressz rákbetegségben „multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalat, mely pszichológiai (pl. gondolkodásbeli, viselkedésbeli, érzelmi), szociális és/vagy spirituális természetű, és befolyásolja a daganattal, annak fizikális tüneteivel, ill. a kezeléssel való hatékony megküzdés képességét. A distressz egy kontinuum mentén terjed ki a mindennapi normális szomorúság, sérülékenység és félelem érzésektől olyan problémákig, melyek bénítóak lehetnek, mint pl. a depresszió, szorongás, pánik, szociális elszigeteltség és az egzisztenciális vagy spirituális krízis.” A guideline kiemeli, hogy a „*distressz*” kifejezésre azért esett a választás, mert kevésbé stigmatizáló, mint a „pszichiátriai”, „pszichoszociális” vagy „érzelmi” kifejezések; „normális” hangzása van, és nem zavarba ejtő; meghatározható, mérhető önjellemző módon is (9). A distressz jelentőségének felismerését a nemzetközi onkopszichológiai szakirodalomban egyre gyakoribb előfordulása is mutatja. A PubMed adatbázisában pl. a „cancer related distress” keresőfogalomra 3370 találat van, 1975-ben 4, 2000-ben 50, 2016-ban 338 közlemény). A WHO ajánlása alapján a Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság (International Psycho-Oncology Society, IPOS) 2010. évi kongresszusán a distressz a 6. vitális jelként került be a légzés, pulzus, testhőmérséklet, vérnyomás és fájdalom mérése mellé (25).

A szakirodalmi adatok alapján jelenleg a szűrésnek egy kulcsfontosságú kimenetele van: a pszichoszociális ellátásra való utalás. (Egy metaanalízis szerint ez 11,6%-kal magasabb a szűrt, mint a nem szűrt csoportban.) Figyelembe véve azonban, hogy összességében milyen kevés rákbeteget utalnak ellátásra, a szűrésen átesetteknek így akár 3-szor nagyobb esélye van rá, hogy pszichoszociális ellátásban részesüljenek (24). Ideális esetben a szűrés nem pusztán a diagnózis felé vezető út első lépése, hanem többletet jelent a betegek közérzete, a velük folytatott magasabb színvonalú orvosi kommunikáció és problémáik felismerési készsége terén is (21, 22, 24).

Az egészségpszichológiai szempontú szűrés feladata, hogy a nagy betegforgalmat bonyolító egészségügyi ellátó helyeken optimalizálja a pszichoszociális ellátásra szoruló személyek kiválasztásának folyamatát. A pszichoszociális ellátókat az onkológiai páciensek a leggyakrabban vagy saját elhatározásukból keresik fel, vagy kezelőorvosuk javasolja nekik, de a kutatások szerint a páciensek szubjektív szükségletei és e szükségleteknek az ellátók általi észlelése között alacsony az egybeesés (26). Figyelembe veendő, lesz-e lehetőség további diagnosztikus vizsgálatokra, illetve hogy a személyzet részéről milyen a támogatottsága a szűrés bevezetésének (26, 27). A jelenlegi magyar pszichoonkológiai gyakorlatban nincs egységesen elfogadott szűrőeljárás

irányelv, az egyes ellátók működésének különbségei pedig jelentős akadályokat gördítenek az országos bevezetés útjába. A szisztematikus szűrés bevezetése segítené, hogy részletes klinikai diagnosztikára csak azok a személyek kerüljenek, akiknél jelentős valószínűséggel lehet feltételezni a pszichopatológiai kritériumok teljesülését. Így a szűrés lehetővé tenné az onkológusok számára a munkaidő és terhelés racionalizált tervezését, a betegek szempontjából pedig a magasabb ellátással való elégedettséget.

### A SZŰRŐTESZTTEL KAPCSOLATOS KÍVÁNALMAK

A szűrőteszt akkor felel meg leginkább célunknak, ha rövid, közérthető, elfogadható betegek számára, a nemzetközi kutatásokban gyakran alkalmazott (könnyen elérhető), rendelkezik magyar standarddal. Megfelelően magas a szenzitivitása, specificitása, reliabilitása, és validált [28]. A rövid (<14 kérdés; <5 perc kitöltési idő) tesztek, sőt ultrarövid (<5 kérdés) tesztek alkalmazása általánosan elfogadott klinikai körülmények között [24, 29].

A distresszt mérő eszközökből számos létezik; Mitchell részletes áttekintésében kiemeli, hogy nem mindegyiknek elegendő az evidenciaalapú vizsgálata ahhoz, hogy ajánlhatóak legyenek az onkológiában való használatra, pl. PDI (Psychological Distress Inventory), BSI (Brief Symptom Inventory), GHQ (General Health Questionnaire), SCL-90R (Symptom Checklist 90R). Az ESAS-ről (Edmonton Symptom Assessment System) és az ET-ről (Emotion Thermometers) már vannak bevezető vizsgálatok, de továbbiak szükségesek. Ugyanez a helyzet a két egyszerű, depresszióra vonatkozó kérdés, a PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2) esetében [25]. Az NCCN által kifejlesztett vizuális analóg skála, a distresszhőmérő – a hozzá tartozó problémalistával vagy a nélkül – számos vizsgálatban alkalmazott, evidenciabázisa az elmúlt években jelentősen nőtt, többségében a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) volt a referenciateszt [30].

Egy részletes áttekintő tanulmány a rákbetegeknél használt ultrarövid, hangulatzavarokat mérő módszerekről összegzi, hogy általános diagnosztikus besoroló képességük gyengébb, mint a kizáró képességük: vagyis a tesztek átlagos pozitív prediktív értéke kb. 60%-os (pl. distressz esetén minden 20. pozitív teszteredményt adó, beválasztott betegből 12 mutatna szignifikáns distresszt egy elfogadott standard eljárással szemben). Negatív prediktív értékük azonban kiváló (20. negatív teszteredményt adó, kizárt esetből distressz vizsgálatokor 4, depresszió vizsgálatokor 1 személy kapna csak klinikai diagnózist standard eljárással) [11].

Az utóbbi évek kutatási eredményei egy „kétkörös” szűrést javasolnak [11, 24, 31]. Az első körben a problémás csoport azonosítása a cél (minél kevesebb fals negatív: emeljen ki mindenkit, aki „eset”). A második körben a diagnózis finomítása a cél, minél kevesebb fals pozitív mellett (zárja ki, aki nem „eset”). Az első kör tehát egy „durva” szűrés, amely az onkológiai ellátásra érkezők tömegéből egy kisebb létszámú csoportot emel ki, itt ultrarövid teszt célszerű.

A második kör finomítás és differenciálás a pontos diagnózis tekintetében, itt valamivel hosszabb teszt alkalmazása is lehetséges, ha ez megtérül az adekvát diagnózis által. A második körben alkalmazható tesztvizsgálatoknak tehát több célt is kell szolgálniuk; ahhoz, hogy az előbb említett differenciáldiagnosztikai szempontok érvényesüljenek, akár teljesítménytesztek, akár projektív tesztek szükségesek lehetnek. Másrészt a betegek életminőségének követéséhez itt vethetőek be olyan kérdőívek, melyeket kifejezetten daganatos betegek számára fejlesztettek ki, pl. a FACIT [32] és az EORTC [33] rendszerek, amelyekről terjedelmi okokból csak említést tudunk tenni.

A szűrést bizonyos időközönként célszerű megismételni a várható változások miatt. Ez lehet előre megállapított intervallum a szűrési protokolltól függően (pl. félévente ismételjük az „első kört”), de a kezelés eseményeitől függően ettől eltérő vagy további alkalmazásra lehet szükség (pl. a beteg kemoterápiáját be kell fejezni, palliatív szakaszba lép át) [34]. A szűrést mindig követnie kell a kiszűrtek pontos (DSM-, BNO-rendszer) diagnosztizálásának, adekvát intervencióra utalásának [19, 34]. A szűrési folyamatban felmerült problémák, felismerések rendszeres összegzése és közlése facilitálhatja a probléma megoldását.

### A SZŰRÉS JELENLEGI HELYZETE ÉS ÁLLÁSPONTJAI A NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM ALAPJÁN

Egy Angliában végzett, 2008-ban publikált, 300, daganatos ellátásban dolgozó szakembert megcélzó vizsgálat [35] eredménye azt mutatja, az orvosok és nővérek 2/3-a próbálta rendszeresen felmérni betegek hangulati állapotát a konzultációk során. A „rendszeresen kérdezők” túlnyomó része (orvosok 76,3%-a) a palliatív ellátásban dolgozott. Mindössze 10%-uk használt csupán validált kérdőívet, a legtöbb a saját klinikai tapasztalataikra hagyatkoztak, vagy 2 egyszerű kérdést tettek fel (PHQ-2) [36]. Ha a distressz igazolódott, a nővérek 90%-a, az orvosoknak csak 40%-a volt kész arra, hogy az érintett páciensnek annyi időt biztosítson, amennyire az illetőnek problémája megbeszéléséhez szüksége volt [35]. (Ez természetesen nem jelenthet időkeret nélküli konzultációt. Az „elegendő pluszidő” néha csak néhány perc, amely jobb adherenciát biztosít a beteg és az orvos közt, másrészt segíti az orvost annak eldöntésében, milyen további onkopszichológiai ellátásra utalja betegét.) A distressz és egyéb mentális problémák azonosításának vonatkozásában mind az alapellátásban, mind az onkológiai területen dolgozó szakemberek klinikai ítéletalkotása szuboptimális. Mivel így számos pszichológiai igény nem nevesül, a daganattal diagnosztizált betegek harmada-fele ellátatlan pszichoszociális szükségletektől szenved [24]. A fenti szükségletek tudottan életminőséget rontó hatása arra ösztönözte a nemzetközi rákszervezeteket, hogy javaslatokat fogalmazzanak meg a szükséges, adekvát és minőségi szupportív ellátásról, ide értve a distressz felmérését, szűrését is [34]. Ez alapján az Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság (American Society of

Clinical Oncology, ASCO) a felnőtt rákbetegeknél szorongás és depresszió tüneteinek szűrésére dolgozott ki algoritmust (depresszió esetében a PHQ-9, szorongás esetében a GAD-7 skála használatával [37]). Az Amerikai Pszichoszociális Onkológiai Társaság (American Psychosocial Oncology Society, APOS), az Onkológiai Szociális Munka Társaság (Association of Oncology Social Work, AOSW), az Onkológiai Ápolási Társaság (Oncology Nursing Society, ONS) konszenzusalapú javaslatot dolgoztak ki az Amerikai Sebész Kollégium (American College of Surgeons, ACS) 6 komponensű standardjára vonatkozóan a pszichoszociális distressz szűrése során. A javaslat kiemelt komponensei: 1. Onkológiai tanács találkozója (a program vezetőinek megbeszélése): legyen jelen képzett, pszichoszociális területet képviselő szakember. 2. A szűrés időzítése: első találkozásnál feltétlenül, majd klinikailag szükséges intervallumokban, főleg az emelkedett distressz vulnerabilitást jelentő periódusokban, pl. kezelés befejezése. 3. A szűrés módszere: páciens, ill. klinikus által vezetett módszerek, ill. elektronikusan kivitelezett distresszszűrés. 4. Szűrőeszközök: validált, standardizált, preferált a rákbetegek által, idegen

nyelven is elérhető, figyelembe veendő a kitöltés ideje, egyszerű pontozás. 5. Kiértékelés és beutalás pszichoszociális ellátásra vagy további felmérésekre. 6. Dokumentáció: a páciens kórtörténetébe a szűrés minden lényeges paraméterét és eredményét rögzítik, mint a distressz típusa, eredete, súlyossága, további felmérés szükségessége, kezelés [34].

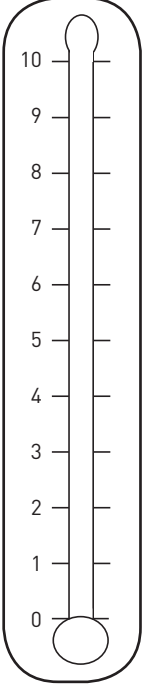
Az NCCN a distressz menedzseléséhez egy részletes útmutatót ad, a fogalom definiálása után bemutatja a szűrőeszközt (distresszhőmérő és problémalista), majd részletes algoritmust vezet elő a distressz és egyéb pszichiátriai problémák felméréséhez, kezeléséhez és utánkövetéséhez [9]. A szűrőeszközök közül ezek használata a legelterjedtebb [21 nem angol nyelvű verziót validáltak, és 32 országban használják az USA-n kívül] (1. ábra) [38].

A distresszhőmérő 0–10 pont közötti, 1 tételt tartalmazó vizuális analóg skála, tulajdonképpen 11 fokozatú Likert-skála, melyen a 0=nincs distressz, 10=szélsőséges distressz. A résztvevők egyszerű bekarikázással jelzik, az elmúlt hét során mennyi stresszt tapasztaltak az adott napot is beleértve. A 40 tételből álló problémalista a beavatkozás fő területét

## DISTRESSZHŐMÉRŐ

Először kérjük, karikázza be azt a számot (0–10), amelyik a legjobban leírja, hogy mennyi distresszt tapasztalt az elmúlt egy hét során, beleértve a mai napot is.

Másodszor, kérjük, x-szel jelölje meg, ha az alábbiak közül bármelyik gondot okozott Önnek az elmúlt héten, beleértve a mai napot is. Kérjük, győződjön meg róla, hogy válaszolt-e minden kérdésre IGEN-nel vagy NEM-mel.

|                       |   |                 |
|-----------------------|---|-----------------|
| Szélsőséges distressz |  | Nincs distressz |
|-----------------------|---|-----------------|

| IGEN                     | NEM                      | Gyakorlati problémák                                 | IGEN                     | NEM                      | Testi problémák   |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gyermeknevelés                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Külső megjelenés  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Háztartásvezetés                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tisztálkodás/öltözködés   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anyagi helyzet                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Légzés  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Közlekedés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vizelési panaszok   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Munkahely/iskola                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Székrekedés   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Döntés a kezelésről                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hasmenés  |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Étkezés   |
| IGEN                     | NEM                      | Családi problémák                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fáradtság   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A gyermekekkel kapcsolatban                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puffadásérzés   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A partnerrel kapcsolatban                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Láz   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gyermekvállalási képesség                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mozgásképesség  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A család egészségi állapota                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emésztés  |
| IGEN                     | NEM                      | Érzelmi problémák                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memória/koncentráció  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresszió   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fájdalom és érzékenység a szájüregben                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Félelmek   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Émelygés/hányinger  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Idegesség  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orrüregszárazság, -dugulás  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Szomorúság   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fájdalom  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aggodalom  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Szexualitás   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Az érdeklődés elvesztése a szokásos tevékenységeiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bőrszárazság, -viszketés  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spirituális/vallási problémák                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alvás   |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kéz-, lábzsibbadás  |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Szerhasználat (egészségkárosító anyagok: alkohol, dohányzás, drog stb.) |

Egyéb problémák:.....

1. ÁBRA. Distresszhőmérő

segíthet azonosítani. A felsorolt tételek 6 kategóriába rendezettek (gyakorlati problémák; családi problémák; érzelmi problémák; spirituális/vallási problémák; testi problémák, egyéb). A vizsgált személynek egyszerű „igen-nem” típusú jelöléssel kell eldöntenie, az adott tételben felsorolt dolgok jelentettek-e számára problémát az elmúlt hét során, beleértve az adott napot is.

A distresszhőmérőt első alkalommal prosztatákban szenvedő betegek szűrésére alkalmazták abból a célból, hogy megfelelő pszichoszociális ellátásra utalhassák őket (39). Ezen a mérőeszközön végezték el a legtöbb validitási vizsgálatot (24, 40). A metaanalízisek szerint átlagolt szenzitivitása 84%, specificitása 63%, pozitív előrejelző értéke 52,4%, negatív előrejelző értéke pedig 89%, az összehasonlítás alapját képező mérőeszköz függvényében, 4 pontos kiválasztási kritériumot használva (24). A 4 pontos határérték a leggyakoribb, azonban nem tekinthető univerzálisnak a rákbetegek közt; az optimális küszöbérték függ a vizsgált populáció kulturális sajátosságaitól (28) és attól is, klinikai vagy kutatási körülmények közt használjuk-e. Sokszor az eredeti tanulmányban közölt pontozást fogadják el, ami nem veszi figyelembe a daganat pszichoszociális aspektusában a kulturális különbségeket, ezért a vizsgálni kívánt átlagpopulációban is tesztelni kell az eszközt (38). A különböző országokban végzett validálások során a distresszhőmérő szignifikáns distresszt jelző pontszáma a standardként használt összehasonlító teszt azonossága esetén sem egyezett meg.  $\geq 4$ -es pontszám mellett volt a legjobb a specificitás és szenzitivitás többek közt az Egyesült Királyságban, Kínában, Olaszországban, Svédországban, 5-ös Indonéziában, Spanyolországban, Malajziában, 6-7 Görögországban, Dániában (10, 41–48). Az is befolyásolja a jelzőpontszámot, hogy milyen daganatos populációt vizsgálunk (pl. kolorektális karcinómában szenvedőkkel végzett vizsgálatban a distresszhőmérő optimális jelzőértéke 4 pont volt (49), míg intrakraniális tumorban szenvedőknél 6 pont (50); a legtöbb vizsgálatban vegyes a minta. A szakirodalomban hangsúlyozott a pontos fordítás, mivel bármilyen eltérés megkérdőjelezi az ilyen eszközzel végzett vizsgálat validitását (28). A distresszhőmérő leginkább egy két lépcsőben zajló szűrés első lépéseként funkcionál jól (31).

Az eredményekből kiolvasható, hogy a distresszhőmérő hatékonyan szűri a lehetséges pszichopatológiai eseteket, de alkalmatlan a diagnózis megállapítására. Összességében megállapítható, hogy az időráfordítás, alkalmazhatóság és a szűrés szempontjából várható haszon tekintetében a distresszhőmérő az egyik legjobb szűrőkérdőívnek bizonyult (24, 30, 51).

### PSZICHOONKOLÓGIAI SZŰRŐ KÉRDŐÍV BEVEZETÉSE MAGYARORSZÁGON

Magyarországon jelenleg nincs rendszeresen kivitelezett, egységesen elfogadott, minden onkológiai ellátó intézményre kiterjedő szűrési módszer. Ennek legfőbb akadálya a szakemberhiány, ami az ellátóhelyeken pszichológusi-pszichiáteri státusz bővítés szükségességét jelenti. Emellett az időhiány

az ellátási folyamat során (35), a szükséges képzettség, kommunikációs gyakorlat hiánya a szakemberek részéről (19, 24, 52), protokollizált, standard pszichoonkológiai szűrőeljárás nem beillesztett a jelenlegi betegfelvételi rendszerbe, és a betegek egy csoportjánál elutasítás tapasztalható a pszichiátriai/pszichológiai intervenciókkal kapcsolatban (15).

Munkacsoportunk fő célja tehát egy országosan elfogadott pszichoszociális szűrési módszer kidolgozása és bevezetése Magyarországon. A fent bemutatott szakirodalmi adatokat felhasználva, munkacsoportunk a Magyar Pszichoonkológiai Társasággal és a jelenleg Magyarországon pszichoonkológiai ellátórendszerben dolgozó munkatársakkal konszenzusban egy kétkörös szűrőprogram tervét készítette el. Az „első körös” szűrés feladata a problémás, segítségre szoruló betegek kiemelése a teljes betegpopulációból, és elhatárolás azoktól, akik családi vagy tágabb szociális környezetből származó segítséggel sikeresen menedzselik daganatos betegségükből származó nehézségeiket külső intervenció nélkül is. Az „első kör” szűrésének a tárgya a distressz. A „második körös” szűrés feladata az első körben kiemelt betegek további vizsgálata részletesebb eljárással, konkrét diagnosztizálható pszichés zavarok direkt keresésével. Tekintettel arra, hogy a szakirodalmi adatok évtizedek óta a hangulatzavarok, szorongásos zavarok, ill. alkalmazkodási zavar előfordulását találták leggyakoribbnak a daganatos betegségek esetén (11), a „második kör” szűrőtesztjeinek ezeket a zavarokat kell megerősítenie vagy kizárnia.

A szűrőprogram kidolgozásának I. fázisa a kérdőív legújabb változatának magyar nyelvű fordítása és tesztelése a magyar átlagpopuláción. A kutatásnak ez a szakasza a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézete és Onkológiai Tanszéke együttműködésében zajlott 2016. 01–09. hó között. (Etikai engedély száma: EPKEB 02/2016, 2016.01.11. Kiegészítés online kérdőív használatához:326/2016/P.)

### A program további lépései:

II. Nyolc magyarországi onkológiai centrumban összehangoltan pilot vizsgálat végzése daganatos betegek bevonásával. Informált beleegyező nyilatkozat aláírása után a következő adatokat vesszük fel. Demográfiai adatok (nem, életkor, családi állapot, lakóhely típusa, iskolai végzettség), ill. betegségre vonatkozó adatok (diagnózis ideje, daganat kiindulási helye, van-e áttét, műtétek, kemoterápiára és sugárkezelésre vonatkozó adatok, pszichiátriai gyógyszerelésre vonatkozó adatok) után a lelkiállapot felmérésére a distresszhőmérőt + problémalistát, illetve a korábban már validált HADS (13) tesztet alkalmazzuk, életminőségre [WBI-5 (53)], funkcionális státuszra [ECOG (54)], és néhány, ellátási igényre vonatkozó kérdéskiegészítéssel (pszichológiai/lelkipásztori/szociális/gyógytorna/dietetikus segítséget igényel-e). Centrumonként 30–50 db. kérdőív felvétele tervezett. Az eredményeket összevetjük az átlagnépesség eredményeivel, ill. a korábbi hasonló magyar vizsgálat eredményeivel (12, 55) abból a célból, hogy meghatározható legyen a distresszhőmérő azon

értéke, amelytől a gondozásba vételt ajánljuk betegeinknek. A beteg azon jelzett kérése, hogy szeretne segítséget kapni, önmagában is beválasztási kritériumot jelent.

Ebben a fázisban szeretnénk felmérni a tesztsomag technikai bevalását is: jól érthető-e a betegek számára, kellően rövid idő alatt kitölthető-e, találkozunk-e visszautasítási problémával, ill. melyek a teszt kiadása-begyűjtése, értékelése-tárolása tekintetében a megoldandó problémák. (A II. fázis tervezett lefolytatási ideje: 2017. év II. féléve, év végén egy értékelő kerekasztal-beszélgetéssel a vizsgálóhelyek képviselőivel a további teendőket illetően). A II. fázis tesztsomagjának kialakításánál kapcsolódunk a korábbi magyar kutatáshoz [55]. A tesztsomag használatával kapcsolatos elméleti kérdések folyamatos megbeszélésére telefonkapcsolatot használunk, és internetes zárt csoportot hozunk létre a kutatásban személyesen résztvevő vállalkozó szakemberek e-mail címeivel.

III. A vizsgálat eredményeinek értékelése, statisztikai elemzése után, a megfelelő konzekvenciák levonásával a vizsgáló intézményekben rendszeres szűrés indul el, az ismétlési intervallumok meghatározásával. Terveink szerint a vizsgálóhelyek számára létrehozandó közös adatbázisba rögzítésre kerülne a tesztsomag kezdeti és félévente megismételt eredményein túl a kiszűrt betegek onkológiai és pszichiátriai diagnózisa, a pszichoterápiás, gyógyszeres vagy egyéb beavatkozás meghatározása. (A III. fázis tervezett ideje a 2018. év.)

IV. Az eredményekkel „Pszichoonkológiai szűrővizsgálati ajánlás” címen szakmai ajánlás megfogalmazása tervezett, amely minden Magyarországon működő, onkológiai ellátást nyújtó intézményben alkalmazandó szűrés bevezetését fogalmazza meg.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A rákbetegek pszichés problémáinak, ill. pszichiátriai zavarainak idejében való felismerése és kezelése azért szükséges, mert ezek a komorbid zavarok mind a beteg és családtagjai életminőségét, mind a kezeléssel való együttműködést, túlélési esélyeket rontják. Az onkopszichológiai ellátásba való bekerülés a jelenlegi gyakorlatban nem szisztematikus; általában az onkológus orvos vagy az asszisztensek, nővérek észlelésére van bízva, felismerésre kerül-e a páciens ilyen irányú szükséglete, vagy maga a beteg, esetleg családtagjai keresnek segítséget. Tekintettel arra, hogy a betegség lefolyása során a betegeknek közel fele igényelne onkopszichológiai intervenciót, ennek azonban csak töredéke valósul meg, sürgető az igény szűrő módszer kidolgozására és alkalmazására. A kiszűrt betegeinket adekvát terápiás ellátásban is részesítenünk kell! Ennek jelenlegi legnagyobb akadályai: 1. Kevés az onkopszichológiában jártas szakember. 2. Nagy a beteglétszám, időben rendkívül terheltek a szakrendelések. 3. A betegek egy része távolságtartó, vagy egyenesen elzárkózó a pszichológiai/pszichiátriai segítségnyújtás lehetőségeivel kapcsolatban, ami legnagyobb részét tájékozatlanságból, nem

megfelelő forrásból szerzett információkból és előítéletekből fakad. (A rák még mindig tabutéma, mint ahogyan a pszichés zavarok is; a médiában való sokkal gyakoribb megjelenésük kétélű, nem vonta maga után a lakosság tényleges informáltságát, sőt, néha kifejezetten szakszerűtlen, és bizalmatlanságot ébreszt a terápiákkal kapcsolatban.)

A szűrés a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően célszerűen két körből áll: egy első, problémafelismerő, és egy második, finomító, ill. diagnózist megállapító körből, amelynek a végén konkrét terápiás tervet kell kialakítani. A szűrés első köre az onkológussal való (első, majd ismételt) találkozás(ok) alkalmával történik, rövid vagy ultrarövid teszt módszerből áll és időigénye kicsi; az orvos asszisztense vagy a vele dolgozó nővér is felveheti a tesztet a beteggel előzetes edukációt követően. (A külföldi gyakorlatban más módszerek is szerepelnek: a beteg online kérdőívet tölt ki előzetes felvilágosítást követően, vagy a kiképzett asszisztens az egyeztetett kontrollidőpont előtt telefonon hívja és strukturált interjút vesz fel, melynek anyaga az orvos-beteg találkozáskor már elérhető.) A teszt jelzőértékét meghaladó pontszámot adó pácienseket pszichoonkológiai ellátásra utalják. A „második szűrési kör” már itt történik. Legkedvezőbb, ha az adott ellátóhelyen állandóan elérhető pszichoonkológiai team van jelen, ahol pszichiáter (gyógyszeres terápia) és pszichológus (pszichoterápia) is elérhető. Célszerű, ha a team az adott beteg terápiás tervét személyre szabottan alakítja ki, és a beutaló onkológussal is közli. A terápiák bármiféle részletezése túlhaladná a kereteket, de szeretnénk kiemelni a csoportos pszichoterápiák jó hatásfokát: ugyanolyan időtartam alatt akár 10–15 fő számára nyújt hatékony segítséget, csökkenti az izoláció és stigmatizáltság élményét, érdekközösséget teremt, valamint javítja a társas támogatottság érzését.

A Magyar Pszichoonkológiai Társaság szakmai programjában központba helyezte a magyarországi rendszeres onkopszichológiai szűrés elindítását és fenntartását. Ebben a tevékenységben szeretnénk méltó módon folytatni az előtűnk járó elkötelezett szakemberek munkáját, és a legszorosabban együttműködni az onkológiai társaságokkal, szakmai társszervezetekkel (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Magyar Hospice Alapítvány), ill. a civil és betegszervezetekkel is. Egy ilyen átfogó program rövid időn belül érzékelhetően tovább fogja emelni a hazai onkológiai betegellátás színvonalát, és végső soron a betegek életminőségét, életkilátásait is.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Dr. Muszbek Katalin, Rohánszky Magda, Dr. Riskó Ágnes, Dr. Biró Eszter, Dr. Varga Katalin, Dr. Mangel László, Dr. Kovács Péter, Dr. Molnár Mária, Gyapjas Tünde, Dr. Prezenszki Zsuzsanna, Ozvald Gabriella, Dr. Mailáth Nóra, Dr. Sebő Éva, Dr. Keszthelyi Réka, Nagy János, Velkey-Rácz Anna, Dr. Sárkány Csaba, Dr. Sárkányné Papp Katalin, Sárkány Balázs, Sárkány Fanni, Szabó Gábor Attila, Kabai Vivien, Makrai Gábor, Uray Dorina, Ötvös Dóra Kata, Szilágyi Zsófia, Szabó Renáta, Bakó Panna, Gólya Barbara, Fábán Balázs, Dr. Varga Csilla, Dr. Bányai Éva.

## IRODALOM

1. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2014. Központi Statisztikai Hivatal, 2015
2. Riskó Á. A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula, Budapest 1999
3. Onkopszichológia a gyakorlatban (szerk. Riskó Á, Horti J). Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006
4. Nemzeti Rákellenes Program 2006. <http://docplayer.hu/388549-Nemzeti-rakellenes-program.html>
5. Zhu J, Fang F, Sjölander A, et al. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol* 2017, doi: 10.1093/annonc/mdx265
6. Strain JJ, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress Anxiety* 28:818–823, 2011
7. Kangas M. DSM-5 trauma and stress-related disorders: Implications for screening for cancer-related stress. *Front Psychiatry* 4:122, 2013
8. Grassi L, Caruso R, Sabato S, et al. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings. *Front Psychol* 5:1485, 2014
9. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Distress Management, Version 2. 2016
10. Tang LL, Zhang YN, Pang Y, et al. Validation and reliability of distress thermometer in chinese cancer patients. *Chin J Cancer Res* 23:54–58, 2011
11. 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* 25:4670–4681, 2007
12. Muszbek K, Székely A, Balogh ÉM, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 15:761–766, 2006
13. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67:361–370, 1983
14. Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Magyar lelkiállapot. Ed. Kopp M. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008, pp. 557–568
15. Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orv Hetil* 155:1024–1032, 2014
16. Menyhért M, Csikós Á, Radványi I, Busa Cs. A pszichoszociális ellátás fontosságáról. *Orv Hetil* 155:1485–1492, 2014
17. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma – a literature review. *Psychol Health Med* 11:307–334, 2006
18. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ* 328:1470, 2004
19. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 30:1160–1177, 2012
20. Braeken AP, Lechner L, Eekers DB, et al. Does routine psychosocial screening improve referral to psychosocial care providers and patient-radiation therapist communication? A cluster randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 93:289–297, 2013
21. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol* 52:216–224, 2013
22. Meijer A, Roseman M, Delisle VC, et al. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *J Psychosom Res* 75:1–17, 2013
23. Bidstrup PE, Johansen C, Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: Summary of evidence from tools to programmes. *Acta Oncol* 50:194–204, 2011
24. Mitchell AJ. Screening and assessment for distress. In: *Psycho-oncology*. Ed. Holland JC. Oxford University Press, Oxford 2015
25. Holland JC, Bultz BD. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw* 5:3–7, 2007
26. Mitchell AJ, Hussain N, Grainger L, Symonds P. Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: a multicentre UK study. *Psychooncology* 20:1076–1083, 2011
27. Palmer SC, Taggi A, Demichele A, Coyne JC. Is screening effective in detecting untreated psychiatric disorders among newly diagnosed breast cancer patients? *Cancer* 118:2735–2743, 2012
28. A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás. Szerk. Rózsa S, Nagybányai O, Oláh A. 2006. <http://mek.niif.hu/05500/05536/05536.pdf>
29. Holland JC. *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, Oxford 2015
30. Ma X, Zhang J, Zhong W, et al. The diagnostic role of a short screening tool – the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer* 22:1741–1755, 2014
31. Boyes A, D'Este C, Carey M, et al. How does the Distress Thermometer compare to the Hospital Anxiety and Depression Scale for detecting possible cases of psychological morbidity among cancer survivors? *Support Care Cancer* 21:119–127, 2013
32. <http://www.facit.org/FACITOrg>
33. <http://groups.eortc.be/qo/>
34. Pirl WF, Fann JR, Greer JA, et al. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APO), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer* 120:2946–2954, 2014
35. Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, Herdman J. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders—preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology* 17:226–236, 2008
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 41:1284–1294, 2003
37. Andersen BL, Derubeis RJ, Berman BS, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–1619, 2014
38. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology* 23:241–250, 2014
39. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82:1904–1908, 1998
40. Snowden A, White CA, Christie Z, et al. The clinical utility of the distress thermometer: a review. *Br J Nurs* 20:220–227, 2011
41. Grassi L, Johansen C, Annunziata MA, et al. Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group Screening for distress in cancer patients: a multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer* 119:1714–1721, 2013
42. Low J, Gessler S, Williams R, et al. Screening for distress and depression in cancer patients: is ultrashort depression screening a valid measure in the UK? A prospective validation study. *J Pain Symptom Manage* 38:234–243, 2009
43. Thalén-Lindström A, Larsson G, Hellbom M, et al. Validation of the Distress Thermometer in a Swedish population of oncology patients; accuracy of changes during six months. *Eur J Oncol Nurs* 17:625–631, 2013
44. Bidstrup PE, Mertz BG, Dalton SO, et al. Accuracy of the Danish version of the „distress thermometer”. *Psychooncology* 21:436–443, 2012
45. Yong HW, Zubaidah J, Saidi M, Zailina H. Validation of Malaysian translated distress thermometer with problem checklist among the breast cancer survivors in Malaysia. *Asian J Psychiatr* 5:38–42, 2012
46. Martínez P, Galdón MJ, Andreu Y, Ibáñez E. The Distress Thermometer in Spanish cancer patients: convergent validity and diagnostic accuracy. *Support Care Cancer* 21:3095–3102, 2013
47. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, et al. The Distress Thermometer and its validity: a first psychometric study in Indonesian women with breast cancer. *PLoS One* 8:e56353, 2013
48. Antoniadis D, Lavrentiadis G, Papadopoulos VN, et al. The validity of the Distress Thermometer in Greek colon cancer patients. *Acta Chir Belg* 115:387–392, 2015
49. Patel D, Sharpe L, Thewes B, et al. Using the Distress Thermometer and Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *J Affect Disord* 131:412–416, 2011
50. Goebel S, Mehdorn HM. Measurement of psychological distress in patients with intracranial tumours: the NCCN distress thermometer. *J Neurooncol* 104:357–364, 2011
51. Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J Natl Compr Canc Netw* 8:487–494, 2010
52. ITC Guidelines on Test Use 8th October, 2013, Version 1. 2 [https://www.intestcom.org/files/guideline\\_test\\_use.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use.pdf)
53. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7:247–255, 2006
54. Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5:649–655, 1982
55. Muszbek K, Balogh EM, Molnár M, et al. Screening for distress of Hungarian cancer patients, validation study of Hungarian version of HADS. *Psychooncology* 13:S63, 2004