

Az életminőség vizsgálata egy új oldalról – a betegségrepresentációk befolyásoló szerepe emlődaganatos betegeknél

KOVÁCS ZSUZSA¹, RIGÓ ADRIEN², SZABÓ ÉVA³, SEBESTYÉN ÁRPÁD⁴, FÜLÖP EMŐKE¹, SZABÓ CSABA⁵

¹Semmelweis Egyetem ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, ²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, ³Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály, ⁴Egészségforrás Alapítvány, Budapest; ⁵Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen

Levelezési cím:

Dr. Kovács Zsuzsa, Semmelweis Egyetem ETK, 1088 Budapest, Vas utca 17., tel.: +36-1-486-4923, e-mail: kovacszs@se-etk.hu

Közlésre érkezett:

2016. december 12.

Elfogadva:

2017. március 19.

A modern onkológiai ellátásban az életminőség kérdése kiemelt fontossággal bír. Kutatásunk célja az életminőséget megjósoló tényezők meghatározása volt. Feltételeztük, hogy a demográfiai és betegségmutatók kontrollálása mellett a negatív érzelmi állapotnak és a betegségrepresentációknak szignifikáns prediktív szerepe lesz. Vizsgálatunkat Budapesten, az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztályán végeztük, malignus emlődaganattal (C50) kezelt betegek (N=221) részvételével. Mérészközök: Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata, Életminőség Kérdőív (EORTC QLQ C-30, QLQ BR-23), Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív STAI-T, Betegségkogníció Kérdőív (IPQ-R). Mind a funkcionális ($\beta=-0,705$, $p=0,000$; $\beta=0,493$, $p=0,003$), mind a tüneti életminőség ($\beta=0,517$, $p=0,000$) szempontjából a negatív affektivitásnak van kiemelt prediktív szerepe. A betegségkogníciók közül a funkcionális életminőségre a betegség következményeire vonatkozó kognícióknak ($\beta=0,243$, $p=0,008$) és az érzelmi reprezentációknak ($\beta=0,220$, $p=0,034$) van hatása. A tüneti életminőséget a betegség következményeire ($\beta=0,240$, $p=0,016$) és a betegség megértésére ($\beta=0,212$, $p=0,011$) vonatkozó kogníciók befolyásolják. Az életminőség javítása szempontjából a negatív affektivitás kezelésének van meghatározó, valamint a diszfunkcionális betegségkogníciók módosításának lehet fontos szerepe. *Magy Onkol* 61:343–348, 2017

Kulcsszavak: emlődaganat, életminőség-prediktorok, negatív affektivitás, betegségészlelés

In the modern oncology care the subject of quality of life has an emphasized importance. In our research we assessed aspects which may predict the quality of life. We hypothesized that after controlling the demographical and some medical factors, psychological distress and illness representations would have significant roles as predictors. The research has been carried out in Budapest at the Radiology Diagnostic Department of the National Institute of Oncology; participants were women (N=221) treated for malignant breast tumour (C50). The research tools included the Shortened Beck Depression Inventory, Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23), Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T), and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). In terms of functional ($\beta=-0.705$, $p=0.000$; $\beta=0.493$, $p=0.003$), and symptom quality of life ($\beta=0.517$, $p=0.000$) negative affectivity has an outstanding role as predictor. Among the illness representations, the functional quality of life is influenced by cognitions concerning the illness consequences ($\beta=0.243$, $p=0.008$) and by emotional representations ($\beta=0.220$, $p=0.034$). Cognitive representations influencing the symptom quality of life are serious consequences ($\beta=0.240$, $p=0.016$) and illness perception ($\beta=0.212$, $p=0.011$). In the improvement of quality of life, treating negative affectivity has determining and the modification of dysfunctional illness cognitions play important roles.

Kovács Z, Rigó A, Szabó É, Sebestyén Á, Fülöp E, Szabó C. Health-related quality of life from a new perspective – The role of illness representations in patients with breast cancer. *Magy Onkol* 61:343–348, 2017

Keywords: breast cancer, predictors of quality of life, negative affectivity, illness perception

BEVEZETÉS

A világon sok millió ember él daganatos betegséggel. A korai diagnosztizálás és az onkoterápiás kezelések hatása nyomán a várható élettartam kitolódik, a daganatos betegek jelentős többsége krónikus betegnek tekinthető. Ennek nyomán egyre inkább előtérbe kerül az életminőség kérdése – a megfelelő szintű életminőség fenntartásának fontossága a kórlefolyás minden egyes szakaszában [1, 2].

Melyek a beteg életminőségét leginkább befolyásoló tényezők? Számos medikális tényező mellett az életminőség szubjektív megítélésében a negatív affektivitásnak van meghatározó szerepe. A klinikai vizsgálatok, összefoglaló tanulmányok rendre igazolják jelentős, az életminőséget negatívan befolyásoló hatását [2]. A legújabb kutatások a témában egy új fejezetet nyitottak: azt vizsgálják, a betegséggel kapcsolatos kognitív reprezentációk hogyan befolyásolják az életminőséget.

A legtöbbet vizsgált pszichoszociális tényező a negatív affektivitás. Az érzelmi zavarok közül a depresszió és a szorongás a leggyakoribb, a betegek mintegy 20–50%-át érinti [3–6]. Az érzelmi distressz önmagában is kifejezett életminőség-romlást indukál, daganatos betegséggel társulva mindez fokozódik [7].

Montazeri [2] egy rendkívül nagy adatbázist, az 1974–2007 között publikált emlőrákos életminőség kutatásokat [477 tanulmány] összegezte. Az érzelmi distressz vonatkozásában kifejti: szinte valamennyi tanulmány összefüggést mutatott ki az életminőséggel. A depresszió és a szorongás elsősorban az életminőség általános (szubjektív) megítélésére van hatással, ugyanakkor befolyásolja az életminőség részterületeit is, mint a lelki egészség, érzelmi működés, a társas kapcsolatok, szexuális működés, a betegséghez kapcsolódó tünetek megélése. A megfelelő szintű érzelmi működés az életminőség prediktora, a kimerültség alacsony szintje független bejósolója a kiújulásmentességnek és az élethossz-növekedésnek. Azoknál a betegeknél, ahol az optimizmus a súlyos betegségteher ellenére is megmarad, mind testi, mind lelki síkon kedvezőbb állapot alakul ki [2, 8].

A hatás nem egyirányú. A csökkent szintű életminőség visszacsatoló hatással van a hangulati állapotra. Az életminőség egyes alskálái, mint a kimerültség, csökkent fizikai és társas funkcionalitás, valamint a premorbid érzelmi zavarok prediktorai a hosszú távú depresszióknak [2, 9].

Lazarus és Folkman a nyolcvanas években dolgozták ki a kognitív értékelő folyamatok elméletét – az elsődleges és másodlagos értékelés szerepét a humán stresszválaszban: az érzelmi és viselkedési reakciókat alapvetően befolyásolja az a folyamat, ahogyan a beteg a betegségét, a kórlefolyást, a betegség lehetséges kimenetét értékeli. Vagyis, ha az egészséget veszélyeztető helyzet alakul ki, akkor a személy megkonstruálja az egyéni, kognitív és érzelmi elemeket is tartalmazó betegség-képét, a betegség reprezentációját. A krónikus betegségekhez, így a daganatos megbetegedéshez való alkalmazkodásban is kiemelkedő szerepe van ezeknek az egészségi állapottal kapcsolatos mintázatoknak, értékelő folyamatoknak.

A betegségrepresentációk kognitív komponensei öt dimenzióban értelmezhetők: a betegség azonosítása (milyen címkét kapcsol a betegséghez, milyen tünetekkel fog együtt járni), időbeni lefutása (mennyi ideig fog tartani), okai (mi okozta a betegséget), következményei (milyen következményekkel jár együtt) és kontroll (mennyire kontrollálható a betegség). Ez utóbbi két síkon mutatkozik: személyes kontroll, azaz a beteg mennyire képes aktívan befolyásolni, alakítani a kórlefolyást, és a kezelési kontroll, hogy a beteg milyen hatékonyságot tulajdonít a kezelésnek. Újabban az érzelmi reprezentáció dimenziót is vizsgálják, vagyis, hogy a beteg hogyan értékeli, milyen hatással lesz a kórlefolyás az érzelmi világára, működésére [10].

A betegségrepresentációk fogalmkörét az egészségpszichológia behatóan vizsgálja, de daganatos témában ez idáig csak kevesebb számú publikáció látott napvilágot. Rozema [11] szoros összefüggést talált az emlőrákkal kapcsolatos kognitív reprezentációk és az életminőség között. Azok a betegek, akik állapotukat és a tüneteket súlyosnak és hosszan tartónak gondolták, nem érezték, hogy kontrollt gyakorolhatnak a lefolyásra – mind a mentális, mind a fizikai egészségüket/életminőségüket rosszabbnak ítélték. A külső változók kontrollálása után, a reprezentációk közül a betegség következményeire (IPQ-R kérdőív alskála) vonatkozó 57%-ban magyarázta a fizikai életminőséget, az érzelmi reprezentáció (IPQ-R kérdőív alskála) 47%-ban a lelki életminőséget/jóllétet. A posztoperációs időszakban jelentkező hangulati állapot vizsgálatában együttmozgás mutatható ki a szorongás szintje, a tünetek megítélése és a betegség időbeni lefolyására vonatkozó kogníciók között [12].

Leventhal önszabályozási koncepciója [13, 14] a kórlefolyáshoz történő alkalmazkodásban az értékelési folyamatok közül a fenyegetettség kérdését tartja döntő jelentőségűnek. Daganatos betegeknél különösen nehéz helyzetet jelent az alapvető életcélok fenyegetettségének a megélése. Ebben a folyamatban nagy szerepe van a rákkal kapcsolatos társadalmi attitűdöknek, hiedelmeknek is. A rákkal kapcsolatos reprezentációk ma még széles körben a halálos fenyegetettséggel társulnak [15].

Számos kutatás igazolta a hangulat (negatív affektivitás) kiemelt jelentőségét az életminőség szempontjából. Tanulmányunkban azt vizsgáljuk, a negatív affektivitás mellett a betegséggel kapcsolatos reprezentációk milyen összefüggésben állnak az életminőséggel, illetve annak különböző aspektusaival.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálat menete és a vizsgálati személyek

A vizsgálatban összesen 221, malignus emlődaganattal (diagnózis: emlőkarcinóma, áttét nélkül – C50) kezelt nőbeteg vett részt, akik aktuálisan kezelés alatt álltak daganatos betegségük miatt, és vállalták a kutatásban való részvételt. A vizsgálatot az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztályán végeztük, az Intézet Etikai Bizottságának engedélyével (engedély száma: 7-45/2008), 2008. szeptember

és 2009. június között. Vizsgálatunkban nyolcoldalas önkitöltő kérdőívet használtunk, aminek kitöltése 50 percet vett igénybe. A vizsgálatba, a betegjogi kérdésekre vonatkozó részletes tájékoztatást követően, a személyes beleegyező nyilatkozat alapján választottuk be a betegeket, akik a mammográfiai vizsgálat keretében töltötték ki a tesztek. A vizsgálati személyek a teszt kitöltéséért nem kaptak juttatást.

A vizsgált személyek 5%-a általános iskolai végzettséggel rendelkezett, 11%-a szakmunkás-képesítéssel, 38%-a érettségivel, 45%-a pedig felsőfokú diplomával (két személy nem adott választ erre a kérdésre). A betegek átlagéletkora 52,8 év volt (szórás: 8,49 év). A vizsgált nők 72%-a élt stabil párkapcsolatban (házasság vagy élettársi kapcsolat); 28%-a pedig egyedülálló volt (4% hajadon, 14% elvált, 10% özvegy). A személyek 47%-a dolgozott aktívan; a vizsgálatban részt vevő nők 12%-ának nem volt gyermeke, a gyermekesek között 1–4 gyermek fordult elő; a minta közel fele 2 gyermekkel rendelkezett.

A diagnózis óta eltelt idő átlagosan 2,48 év (szórás: 1,17 év); a műtét óta eltelt idő pedig átlagosan 2,2 év (szórás: 1,12 év) volt.

Kérdőívek

Vizsgálatunkban az alábbi kérdőíveket használtuk:

Életminőség Kérdőív (EORTC QLQ C-30, QLQ BR-23)

Az életminőség mérésére a European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) nonprofit szervezet Életminőség Csoportja által kifejlesztett mérőeszközt alkalmaztuk (16). Az EORTC QLQ C-30 kérdőív 30 tételből áll, 3 skálára oszlik. Ezek: 1) globális/általános életminőség, 2) funkcionális életminőség, 3) tüneti életminőség. A globális életminőséget 2 kérdés vizsgálja: „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános egészségi állapotát?” és „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?” A válaszokat hetes skálán kell jelölni, 1 – nagyon rossz, 7 – kitűnő. A funkcionális életminőségre vonatkozó skálák: fizikai, szerep, emocionális, kognitív és szociális működés. A tüneti életminőség skálái: kimerültség, hányinger, fájdalom, légszomj, alvászavar, étvágytalanság, székrekedés, hasmenés, anyagi nehézségek. A válaszok Likert-skálán rögzíthetők, 1–4-ig: 1 – egyáltalán nem jellemző, 2 – alig jellemző, 3 – jellemző, 4 – teljesen jellemző.

Kutatásunkban a kérdőív melldaganatmodulja, a QLQ BR-23 is felhasználásra került. A BR-23 négy funkcionális (testkép, szexuális működés, szexuális élvezet, jövőperspektíva), és négy tüneti alskálát (szisztémás terápiás mellékhatások, melltünetek, kartünetek, haj elvesztése) tartalmaz. A kérdőív Cronbach-féle alfa-értéke 0,62 és 0,89 között van.

Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív, STAI-T

A Spielberger-féle kérdőív (17, 18) (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-T) a szorongás, mint személyiségvonás felmérésére szolgál, a szorongásra való hajlam erősségének az értékét mutatja.

20 kérdésből áll, a válaszadás egy négyfokozatú Likert-skálán lehetséges (1 – egyáltalán nem, 2 – valamennyire, 3 – eléggé, 4 – nagyon/teljesen). Minimum 20, maximum 80 pont érhető el. Standard értékei női populáció esetében: átlag 45,37, szórás 7,97. A teszt megbízhatósági értéke Cronbach-alfa=0,84.

A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata

A depresszió súlyosságának megállapítására, feltárására és követésére a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát (19, 20) használtuk. A skála 9 tételt tartalmaz, amelyek a szociális visszahúzóással, döntésképtelenséggel, alvászavarral, fáradékonysággal, hipochondriával, munkaképtelenséggel, pesszimizmussal, elégedettség és öröm hiányával, illetve önvádlassal kapcsolatos tüneteket mérnek. Ezeket 1–4-ig (egyáltalán nem jellemzőtől a teljesen jellemzőig) pontozhatja a vizsgált személy. A rövidített és a teljes változattal elért összpontszámok magas korrelációja ($r=0,92$) a rövidített verzió megbízhatóságát és alkalmazhatóságát támasztja alá. A Rövidített Beck Depresszió Skála depressziósúlyossági kategóriái a következőképpen alakulnak: 0–9 pont: nem depressziós; 10–18 pont: enyhén depressziós; 19–25 pont: közepesen súlyosan depressziós; 26 vagy annál magasabb pontszám: súlyos depressziós állapot. A klinikai szintű depresszió határértéke a 19 pont. A teszt kiváló pszichometriai sajátosságokkal rendelkezik, megbízhatósági értéke megfelelő: Cronbach-alfa=0,86 (20).

A depresszió- és szorongásértékeket a multikollinearitás elkerülése végett összevont, negatív affektivitás skálában vizsgáltuk.

Betegségpercepció Kérdőív (IPQ-R)

A Betegségpercepció Kérdőív (10) (magyar változat: Reinhardt Melinda) a Leventhal és munkatársai által kidolgozott betegségkogníció-modellek (14) dimenzióit mérő megbízható és valid mérőeszköz. A kérdőív három részből áll: 1. tünetek, 2. a betegség természetére, lefolyására, kontrollálására és hatására vonatkozó hiedelmek, 3. a betegség okaira vonatkozó elképzelések. Vizsgálatunkban a kérdőív második részét alkalmaztuk, melynek hét alskálája van: időbeni lefolyás, ciklikusság, következmények, személyes kontroll, kezelési kontroll/gyógyíthatóság, megértés, érzelmi reprezentáció. 38, betegségrepresentációra vonatkozó tételt kell ötfokozatú skálán megítélni: pl. „Úgy gondolom, ez a betegség életem végéig megmarad”; „Módomban áll befolyásolni a betegséget”. A tételek a fent említett 7 alskálába rendezhetők. A mérőeszköz pszichometriai mutatói jók. Széles körben alkalmazzák. A skála részletes hazai vizsgálata még nem készült el.

HIPOTÉZIS

Feltételeztük, hogy a demográfiai és betegségmutatók kontrollálása mellett a negatív érzelmi állapotnak és a betegségrepresentációknak szignifikáns prediktor szerepe lesz az életminőség vonatkozásában.

EREDMÉNYEK

Kérdésfeltevésünk megválaszolására többszörös lineáris regresszióelemzést végeztünk az EORTC QLQ C-30 és a QLQ BR-23 összevont funkcionális és tüneti, valamint az általános életminőség skáláira (1., 2. táblázat). A demográfiai változók közül az életkort és iskolai végzettséget, a betegségmutatók közül a diagnózis, illetve műtét óta eltelt időt kontrolláltuk. A depresszió és szorongás értékeit a multikollinearitás elkerülése végett összevont, negatív affektivitás skálában vizsgáltuk. A regressziós modell az EORTC QLQ C-30 funkcionális és tüneti, valamint a BR-23 funkcionális skáláira adott szignifikáns értéket, a BR-23 tüneti összkálája esetében, valamint az általános életminőség vonatkozásában a regressziós modell nem lett szignifikáns, így azt nem közöljük.

Eredményeink azt mutatják, hogy a vizsgált csoportban a betegség-specifikus életminőség nincs összefüggésben az életkorral és az iskolai végzettséggel, valamint a diagnózis és műtét óta eltelt idővel sem. Mind a funkcionális, mind a tüneti életminőség szempontjából a negatív affektivitásnak van kiemelt, meghatározó szerepe. A funkcionális életminőség esetében a magasabb értékek rosszabb színvonalú funkcionáltságot jelölnek, több funkcionális nehézséget, tehát rosszabb életminőséget. A tünetek esetében úgyszintén, a magasabb értékek több tünettől, rosszabb életminőséggel járnak együtt. A negatív affektivitás magas értékei erős szorongást és depressziót mutatnak. A betegséggel kapcsolatos reprezentációk közül a Következmény skála emelhető ki mind a funkcionális, mind pedig a tünetek szempontjából. A skála magas értékei súlyosabb következményeket jelölnek, rosszabb funkcionáltságot és több tünetet. Továbbá, míg a funkcionális a betegség érzelmi reprezentációjával mutat kapcsolatot, a tünetek mértéke a betegség megértésével (az IPQ-R – megértés skála alacsony belső megbízhatósága miatt az eredmények körültekintéssel kezelendők). Az érzelmi reprezentációk magasabb értékei kedvezőtlen funkcionáltsággal járnak együtt. A BR-23 funkcionális összkála kizárólag a negatív affektivitással mutatott szignifikáns kapcsolatot, sem a demográfiai jellemzőkkel, sem a betegségmutatókkal, sem pedig a betegséggel kapcsolatos reprezentációkkal nem jelent meg összefüggés. A BR-23 tüneti összkáláit, amelyek a mellédaganatra specifikus tünetek mértékét mutatják, a vizsgált változók, jellemzők nem jósolták be.

MEGBESZÉLÉS

Más klinikai vizsgálatokhoz és összefoglaló tanulmányokhoz hasonlóan (2, 21, 22) igazoltuk a negatív affektivitás egészségkárosító, az életminőséget hátrányosan befolyásoló szerepét. A megemelkedett depresszió és szorongás rontja a betegek életminőségének szubjektív megítélését: mindegyik tünetek súlyosságának megélését, valamint a napi funkcionáltságot. Az érzelmileg lehangolt, reményvesztett állapot, a folyamatos aggodás, nyugtalanság következmé-

1. TÁBLÁZAT. A felhasznált skálák reliabilitási mutatói a vizsgált mintán

Skálák	Alskálák	Tételek száma	Cronbach- α
Szorongás (STAI)		20	0,89
Depresszió (Beck)		9	0,88
Negatív affektivitás		29	0,93
EORTC QLQ C-30 általános életminőség		2	0,87
EORTC QLQ C-30 funkcionális skálák	összesített	15	0,89
	testi/fizikai működés	5	0,67*
	szerepműködés	2	0,72
	érzelmi működés	4	0,87
	kognitív működés	2	0,63
	társas működés	2	0,83
EORTC QLQ C-30 tüneti skálák	összesített (Burden)	13	0,88
	kimerültség	3	0,83
	hányinger, hányás	2	0,83
	fájdalom	2	0,82
	légzési zavarok	1	-
	álmatlanság	1	-
	étvágytalanság	1	-
	székrekedés	1	-
	hasmenés	1	-
	anyaghiányok	1	-
EORTC QLQ BR-23 funkcionális skálák	összesített	8	0,77
	testkép	4	
	szexuális működés	2	0,86
	szexuális élvezet	1	-
	jövőperspektíva	1	
EORTC QLQ BR-23 tüneti skálák	összesített (Burden)	15	0,85
	terápiás mellékhatások	7	0,67*
	melltünetek	4	0,78
	kartünetek	3	0,76
	haj elvesztése	1	-
IPQ-R	időbeni lefutás (akut/krónikus)	6	0,84
	ciklikusság	4	0,71
	következmények	6	0,72
	személyes kontroll	6	0,74
	gyógyíthatóság	5	0,72
	megértés	5	0,57*
	érzelmi reprezentáció	6	0,80

Beck – Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; STAI – Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív; EORTC QLQ C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; IPQ-R – Betegségpercepció Kérdőív. A *-gal jelölt skálák esetében egyetlen tétel elhagyása sem emelte volna jelentős mértékben a belső konzisztenciát, így az eredeti skálákat alkalmaztuk

nyeként a betegek a kórfolyamathoz kapcsolódó tüneteket súlyosabbnak, kevésbé kezelhetőnek élik meg.

A reményvesztett, depressziós érzelmi állapot idejekorán történő feltárása, az érzelmi distressz csökkentése, a betegek kedélyállapotának javítása kulcsfontosságú. Nemcsak az önmagában is fontos szenvedésnyomás okán, de alapvetően befolyásolja a tünetek megélését, a betegek életminőségét, együttműködését. Ha ez nem történik meg, csökken a megküzdési potenciál, romlik az intellektuális színvonal, az alkalmazkodás szintje, sérülnek a társas kapcsolatok [23, 24]. A kezelés a kedvezőtlen endokrin és immunhatások (a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely diszregulációja, csökkent immunmoduláció, gyengült apoptózis stb.) miatt is kiemelkedően fontos, áttételesen hozzájárul a daganatos betegség progressziójának megfékezéséhez [25]. Arra is fel kell hívni a figyelmet, hogy nem csak a klinikai szintű depresszió és szorongásos zavar ellátása alapvető, a szubklinikai csoport szűrése és kezelése is kiemelt fontossággal bír. A károsító hatások, még ha csökkentetten is, de ebben a csoportban is jelen vannak, ugyanakkor ezek a betegek rendszerint az ellátórendszeren kívül rekednek.

A betegségkogníciók vonatkozásában is más kutatásokkal egybehangzó eredményeket kaptunk [11]. Az érzelemszabályozás mellett fontos feladat a betegséggel kapcsolatos diszfunkcionális hiedelmek, gondolati sémák megváltoztatása, áthangolása is. Annak megítélése, hogy a daganatos megbetegedés, a kórlefolys milyen következményekkel jár

a beteg életére, befolyásolja a funkcionalitást a napi életvezetés különböző területein (testi, érzelmi, szerep, kognitív, társas kapcsolatok). Hasonlóan a tünetek vonatkozásában is: a kedvezőtlennek hitt kimenetek esetén a betegek a tüneteket rosszabbnak, súlyosabbnak élik meg. A diszfunkcionális kognitív sémák feltárása, a betegséggel, a jövővel kapcsolatos hiedelmek újraértelmezése segítheti az adaptív viselkedési formák előtérbe kerülését, a megküzdést, ami visszacsatoló hatással csökkenti a szorongást, depressziót, és javíthatja az életminőséget [26].

Vizsgálati eredményeink alapján javasoljuk az érzelmi distressz rendszeres, rutinszerű szűrését a daganatos betegek körében. A validált önkitöltő kérdőívek, pl. a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata [19, 20], Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorogás Kérdőív [17, 18] használatával egyszerű, gyors és megbízható adatokat kaphatunk a beteg lelki állapotáról. Mind a negatív affektivitás kezelésében, mind a diszfunkcionális kognitív sémák, betegségprezentációk korrekciójában kiemelt szerepe van az egyéni és csoportos pszichoterápiáknak, pszichoszociális intervencióknak [27–29]. A negatív affektivitás kezelésében a szakirodalmi adatok szerint jótékony hatás érhető el a betegek testi-lelki állapotához illesztett mozgásprogramokkal [30], jógyakorlatokkal [31], vagy a Magyarországon is hozzáférhető MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction, Éber figyelmen alapuló stresszcscökkentés) módszerrel [32]. Hatásukra kifejezett életminőség-javulás érhető el, alacsony anyagi ráfordítás mellett.

2. TÁBLÁZAT. A többszörös lineáris regresszió eredménye az EORTC QLQ C-30 funkcionális és tüneti, valamint az EORTC QLQ BR-23 skáláira

Kimeneti változó Magyaró változók	EORTC QLQ C-30 funkcionális		EORTC QLQ C-30 tüneti		EORTC QLQ BR-23 funkcionális	
	Standardizált B	p-érték	Standardizált B	p-érték	Standardizált B	p-érték
Életkor	0,091	0,195	0,020	0,792	0,156	0,148
A diagnózis óta eltelt idő	-0,008	0,964	0,032	0,863	-0,128	0,551
A műtét óta eltelt idő	0,028	0,872	-0,004	0,983	0,500	0,825
Iskolai végzettség	-0,013	0,850	-0,026	0,723	0,110	0,912
Negatív affektivitás	-0,705	0,000	0,517	0,000	0,493	0,003
IPQ-R – időbeli lefolyás	-0,145	0,140	0,155	0,148	0,184	0,238
IPQ-R – ciklikusság	0,037	0,647	0,091	0,303	0,087	0,465
IPQ-R – következmény	-0,243	0,008	0,240	0,016	0,187	0,164
IPQ-R – személyes kontroll	-0,035	0,665	0,164	0,067	-0,163	0,189
IPQ-R – gyógyíthatóság	0,027	0,751	-0,145	0,126	0,116	0,376
IPQ-R – megértés	0,035	0,635	0,212	0,011	0,112	0,347
IPQ-R – érzelmi reprezentáció	0,220	0,034	-0,079	0,481	0,800	0,658
R-négyzet	0,55		0,53		0,66	

EORTC QLQ C-30 és BR-23 Életminőség Kérdőív; IPQ-R – Betegségpercepció Kérdőív

Összefoglalva: kutatásunkban a negatív affektivitás és a betegségrepresentációk szignifikáns prediktor szerepét azonosítottuk. Az életminőség javítása céljából kiemelt fontosságú a betegek szorongással teli, reményvesztett, depressziós hangulati állapotának kezelése, valamint a maladaptív kognitív sémák módosítása.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnénk köszönetet mondani dr. Eckhardt Sándor professzor úrnak szakmai útmutatásáért és támogatásáért. Köszönjük az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztálya munkatársainak együttműködését.

IRODALOM

- Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 9:730–756, 2008
- Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 27:32, 2008
- Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 30:112–126, 2008
- Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 110:9–17, 2008
- Dégi LC. A depresszió prevalenciája az onkológiai ellátásban Erdélyben. Kórházban kezelt daganatos betegek körében végzett multicentrikus felmérés Beck-féle depresszió önértékelő kérdőívvel. *Erdélyi Pszichológiai Szemle* 10:299–321, 2009
- Kovács Z, Pigniczkiné Rigó A, Hoyer M, et al. The prevalence of depression and anxiety in patients with malignant breast tumour. *New Medicine* 15:61–66, 2011
- Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 28:396–402, 2006
- Groenvold M, Petersen MA, Idler E, et al. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 105:209–219, 2007
- Aass N, Fossa SD, Dahl AA, et al. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer* 33:1597–1604, 1997
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 17:1–16, 2002
- Rozema H, Vollink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psychooncology* 18:849–857, 2009
- Millara K, Purushothamb AD, McLatchie E, et al. A 1-year prospective study of individual variation in distress and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 58:335–342, 2005
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: *Medical Psychology*. Ed: Rachman S. Pergamon Press, New York 1980, Vol. 2, pp. 7–30
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. Eds: Cameron L, Leventhal H. Routledge, London 2003, pp. 42–65
- Anagnostopoulos F, Spanea E. Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *J Psychosom Res* 58:327–334, 2005
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85:365–376, 1993
- Spielberger CD, Gorsuch RL. *STAI Manual for the State-trait Anxiety Inventory (.Self-evaluation Questionnaire")*: Consulting Psychologists Press, 1970
- Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: *Pszichodiagnosztikai vademecum*. Eds: Mérei F, Szakács F. Tankönyvkiadó, Budapest 1998, pp. 123–135
- Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med J* 52:81–85, 1972
- Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16:384–402, 2001
- Levin T, Alici Y. Anxiety disorders. In: *Psycho-Oncology*. Eds: Holland JC, Breitbart W. Oxford University Press, Oxford, New York 2010, pp. 324–331
- Miller K, Massie M. Depressive Disorders. In: *Psycho-Oncology*. Eds: Holland JC, Breitbart W. Oxford University Press, Oxford, New York 2010, pp. 311–318
- Schou I, Ekeberg O, Sandvik L, et al. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Res* 14:1813–1823, 2005
- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 36:13–34, 2006
- Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 54:269–282, 2003
- Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 18:141–184, 2003
- Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer* 35:1559–1564, 1999
- Fors EA, Bertheussen GF, Thune I, et al. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-Oncology* 20:909–918, 2011
- Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP. Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *J Clin Oncol* 30:1151–1153, 2012
- Courneya K. Physical activity and exercise interventions in cancer survivors. In: *Psycho-Oncology*. Eds: Holland JC, Breitbart W. Oxford University Press, Oxford, New York 2010, pp. 455–459
- Rao MR, Raghuram N, Nagendra HR, et al. Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 17:1–8, 2009
- Matchim Y, Armer JM. Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum* 34:1059–1066, 2007