

MELANOMÁS BETEGEK ÉLETMINŐSÉGE PSZICHOSZOCIÁLIS, DEMOGRÁFIAI ÉS BETEGSÉGGEL KAPCSOLATOS JELLEMZŐK TÜKRÉBEN



SAGMEISTER Virgínia Evelin

sagmeister.virginia@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

SOLTI Barbara Nikolett

barbi.solti@gmail.com

XXII. Kerületi Önkormányzat Nevelési Tanácsadója /

Klebelsberg Intézményfenntartó Központ XXII. Kerületi Tankerülete

RIGÓ Adrien

rigo.adrien@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A bőrdaganat legveszélyesebb fajtája a melanoma malignum, ami a testi tünetek mellett komoly pszichés terhet is ró a betegekre. A szakirodalomban kevés kutatás foglalkozik specifikusan a bőrdaganattal élők életminőségével; így arra kerestük a választ, hogy mely demográfiai, betegség- és pszichoszociális jellemzők mutatnak kapcsolatot az életminőséggel. *Módszer:* A vizsgálati személyek (52 fő) négy fővárosi egészségügyi intézmény melanomával diagnosztizált betegei közül kerültek ki. A felhasznált kérdőívcsomagban szerepeltek demográfiai, valamint betegségekre vonatkozó kérdések, az EORTC QOL-C30, a Kórházi szorongás és depresszió kérdőív, a Társas támogatás kérdőív és a Poszttraumás növekedés kérdőív. *Eredmények:* Az életminőség funkcionális és tünet alskáláin adott értékek varianciájának legerősebb magyarázóváltozói a hangulati jellemzők (HADS depresszió és szorongás) voltak. Nem pszichoszociális változók egyedül a globális életminőség alskála esetében bizonyultak fontosnak; a hangulati jellemzők mellett a nem és a betegség stádiuma bírt szignifikáns magyarázóerővel. *Következtetések:* Melanomás betegek életminősége szempontjából a pszichoszociális tényezők fontosabbnak bizonyultak a betegségjellemzőknél. Legmeghatározóbbnak a hangulati jellemzők mutatkoztak, melyek az életminőség mindhárom alskálájára hatással voltak. A melanoma diagnózissal rendelkező személyek életminőségének mérésében fontos lépés lehet az EORTC csoport által fejlesztés alatt álló speciális modul.

Kulcsszavak: melanoma malignum, életminőség, EORTC QLQ-C30, depresszió, szorongás

BEVEZETÉS

A bőrdaganattal diagnosztizált személyek kezelésében fontos a biopszichoszociális szemlélet alkalmazása, hiszen hasonlóan más onkológiai kórképekhez, a betegség a testi tünetek mellett jelentős pszichés terhet is ró a betegre és családjára. Ez különösen igaz a bőrrák legagresszívabb fajtájára, a melanoma malignumra. Ennek ellenére a melanomával, illetve egyéb bőrdaganattal küzdők életminősége meglehetősen elhanyagolt kutatási terület (Husson et al., 2011).

A bőrdaganatok az USA-ban az első (Guy, 2011), Magyarországon a harmadik leggyakoribb daganatos megbetegedést jelentik (Igazvölgyi, 2004). A *melanoma malignum* a hám alsó sejtrétegében lévő melanocitákból (a bőr színét adó melanin termeléséért felelős sejtekből) indul ki. A bőrdaganatoknak mindössze 4%-át teszi ki, mégis ez okozza a bőrrákhoz köthető halálozások 80%-át (Trask et al., 2003). A melanoma etiológiájában a környezeti ártalmak jelentik a legfontosabb tényezőt, ezen belül is a napfény UV-sugárzása (Horti és Riskó, 2006). Rizikótényezőt jelent a világos bőr és haj, a családi kórtörténetben előforduló melanoma, illetve az anyajegyek, különösen a naevusok (nagy méretű, veleszületett anyajegyek) nagy száma (Igazvölgyi, 2004). A melanoma malignum tumor-nyirokcsomó-metasztázis (TNM) besorolása szerint a betegség négy stádiuma különíthető el:

I. stádium: a tumorvastagság 1 mm-nél kisebb, nincs se nyirokcsomó-, se távoli metasztázis;

II. stádium: a tumorvastagság minimum 1 mm, a daganat nem képzett áttétet;

III. stádium: a tumor minimum 4 mm vastag, áttétet képzett a nyirokcsomón, de távoli metasztázis még nincs;

IV. stádium: tumorvastagság legalább 4 mm, nyirokcsomó- és távoli metasztázis is fellépett (Oláh és Dobozi, 2003).

A prognózis főként a melanoma stádiumától függ. I. stádium esetén a teljes gyógyulás esélye több mint 90%, míg a IV. stádiumban diagnosztizáltak túlélési rátája kb. 10%-ra csökken (Trask et al., 2003).

A kevés számú tanulmány alapján azt láthatjuk, hogy melanómások esetében a *demográfiai változók* közül az életkor látszik kiemelkedőnek az életminőség szempontjából. Az életkor előrehaladtával romlik az életminőség fizikai és kognitív aspektusa, és az érintettek korlátozottá válnak szerepeik betöltésében; ugyanakkor javul az érzelmi funkcionálás, és pozitívabbá válik a testkép. A nők az érzelmi funkcionálást mérő skálán alacsonyabb pontszámot érnek el (Schlesinger-Raab et al., 2010). A fiatalabb pácienseknek és a nőbetegeknek az általános preoperatív életminősége is rosszabb, ami valószínűleg a műtéttől való nagyobb szorongást tükrözi (Caddick et al., 2013).

A *betegségjellemzők* közül a társuló betegségek megléte tűnik mérvadónak; Schlesinger-Raab és munkatársai (2010) eredményei alapján a komorbid betegségekkel is küzdő bőrdaganatos személyek esetében rosszabbak az életminőség funkcionális mutatói, és rájuk több tünet is jellemző.

Az *idői tényezőket* figyelembe véve több kutatási eredmény utal arra, hogy a bőrdaganatos páciensek életminősége a diagnózist követő időszakban jellemzően romlik, majd a kezelés után fokozatos javulást mutat (Rhee et al., 2004; Caddick et al., 2013). Rhee és munkatársai (2004) eredményei alapján az életminőségnek két faktora – a mentális életminőség és az érzelmi funkcionálás – mutatott szignifikáns változást; 4 hónapos utánkövetés során azt találták, hogy a 65 évesnél fiatalabbaknál,

illetve a dolgozó betegeknél nagyobb mértékben javult az érzelmi funkcionálás, mint az idősebbeknél, illetve a munkanélkülieknél. Brown és munkatársai (2000) csak késői stádiumban lévő melanómákat vontak be longitudinális vizsgálatukba, s azt regisztrálták, hogy a megküzdés irányába tett erőfeszítés és a hangulat idővel nem változik szignifikánsan, viszont a jóllét általában leromlik.

A betegségmutatókat alapul véve az alacsony kockázatú melanómások (I. és II. stádiumban lévők) között nem mutatkozott különbség az életminőségben a *stádiumbesorolás* szerint (Caddick et al.; 2013). Egy másik kutatás alapján viszont az orvos által megítélt fizikai állapot és az áttét helye összefüggést mutatott az életminőség több alskálájára adott válasszal (Brown et al., 2000).

Az életminőség szempontjából a *pszichoszociális tényezők* is fontos magyarázóváltozóknak tűnnek (Lehto et al., 2005; Brown et al., 2000; Burdon-Jones et al., 2010). Lehto és munkatársai (2005) eredményei szerint a pszichoszociális tényezők nagyobb mértékben befolyásolják az életminőséget, mint a daganat és a kezelés jellemzői. Ribero (2013) I. és II. stádiumban lévő melanomás betegeket vizsgálva szintén azt találta, hogy szubjektív mutatók jobban előre jelzik az életminőséget, mint az objektív faktorok. Parker és munkatársainak (2003) tanulmánya a szociális kapcsolatok életminőségre gyakorolt hatására hívja fel a figyelmet: nagyobb mértékű társas támogatást kapó daganatos betegek életminőségének mentális egészség faktora a demográfiai és orvosi változóktól függetlenül is pozitívabb értékeket mutat. A társas támogatás nemcsak az életminőségre van pozitív hatással, hanem a pszichoszociális jóllét és a mortalitás szempontjából is protektív tényezőt jelent daganatosok körében (Shroever et al., 2003; Holt-Lunstad et al., 2010).

A *distressz* fokozott mértéke rosszabb életminőséggel, valamint magasabb remisziós és mortalitási rátával, több költség és erőforrás igénybevételével, és csökkent adherenciával jár (Trask et al., 2003). A ráktól független stresszoroknak gyakrabban kitett egyénekre szintén kedvezőtlenebb életminőség jellemző (Lehto et al., 2005). Egy vizsgálat a szorongásos zavar életminőségre gyakorolt szignifikáns negatív hatását mutatta ki, ami elsősorban alvászavarokban nyilvánult meg (Stark et al., 2002).

Fej- és nyak- (Duffy et al., 2002), illetve mellrákosok esetében (Reich et al., 2008) már születtek a depresszió életminőségre gyakorolt negatív hatásaira utaló eredmények, bőrdaganatos populációban azonban még nincsenek hasonló adatok.

A poszttraumás növekedés (trauma hatására bekövetkező pozitív pszichoszociális változás) a daganatos betegek körében egy szintén sokat vizsgált pszichológiai faktor (Calhoun és Tedeschi, 2014; Stanton et al., 2006). Egyes daganattípusoknál (pl. mell-daganat) vannak arra utaló eredmények, hogy a poszttraumás növekedés pozitív kapcsolatban áll az életminőséggel (Morill et al., 2008), melanomás populációban viszont nem ismerünk ilyen vizsgálatot.

CÉLKITŰZÉSEK

Feltételeztük, hogy a demográfiai változók és betegségjellemzők kontrollálása mellett a pszichoszociális tényezők (hangulati jellemzők, társas támogatás, poszttraumás növekedés) szignifikáns magyarázói az életminőségnek.

A demográfiai jellemzők közül az életkor (negatívan) és a nem (nők kedvezőtlenebb értékei); a betegségjellemzők közül pedig

a betegség stádiuma (negatívan), valamint a bőrdaganat mérete (negatívan) lesz szignifikáns magyarázóváltozó.

MÓDSZER

Eljárás

Kutatásunkra az etikai engedélyt a Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEB) adta meg. A vizsgálati személyek négy fővárosi egészségügyi intézmény melanómával diagnosztizált betegei közül kerültek ki. A felhasznált kérdőívcsomagot a résztvevők papír-ceruza teszt formájában tölthették ki.

A vizsgálati mintánkat olyan felnőtt személyek alkották, akik kórtörténetében a melanoma mint primer daganat szerepel. Tehát az egyik kizárási kritérium volt a korábban, a melanoma diagnózisa előtt előforduló daganatos betegség, illetve ha a melanoma más daganatból, metasztázis révén alakult ki. Szintén kizártuk a mintából azokat, akiknek a kórtörténetében pszichiátriai betegség szerepelt. A végső mintaelemszám 52 fő (26 férfi és 26 nő).

Mérőeszközök

Vizsgálatunkban a demográfiai adatokra és a betegségjellemzőkre kérdeztünk rá, továbbá az EORTC QOL-C30 (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire) életminőség kérdőívet, a Kórházi szorongás és depresszió kérdőívet, a Társas támogatás kérdőívet és a Poszttraumás növekedés kérdőívet használtuk.

A nemzetközi szakirodalomban jelenleg a *QOL-C30* a leginkább elfogadott daganatos betegek életminőségét mérő eszköz, több mint 2000 kutatásban használták. A kérdőív

első változatát 1987-ben publikálták, és azóta háromszor módosították a validitás és reliabilitás növelése érdekében. A jelenleg használt C-30-as verzió komponensei a globális egészségi státusz/életminőség, a funkcionális skálák (fizikai funkcionálás, szerep funkcionálás, érzelmi funkcionálás, kognitív funkcionálás és társas funkcionálás alszállék) és a tünetekskálák (fáradtság, hányinger és hányás, fájdalom, légzési nehézségek, alvászavar, étvágytalanság, székrekedés, hasmenés, pénzügyi problémák). A kérdőív 30 tételt tartalmaz, melyből az első 28-at 4 fokozatú, az utolsó kettőt pedig 7 fokozatú Likert-skálán jelölhetik a kitöltők (Aaronson et al., 1993). Kutatásunkban a QOL-C30 mindhárom alszállékjának Cronbach-alfa mutatója magas (globális skála: $\alpha = 0,872$, funkcionális skála: $\alpha = 0,789$, tünet skála: $\alpha = 0,793$), tehát a kérdőív megbízhatónak bizonyult. Az EORTC csoport fejlesztése alatt áll a Melanoma modul létrehozása (QLQ-MEL38); amelynek publikálása a következő években várható.

A szorongás- és depressziószintet a *Kórházi szorongás és depresszió kérdőívvel* (HADS) mértük, melyet elsősorban szomatikus betegek depresszió- és szorongásszintjének felmérése céljából fejlesztett ki Zigmond és Snaith (1983). A jó pszichometriai mutatók mellett a HADS elterjedtsége köszönhető rövidegének (5-10 perc alatt kitölthető), és gyors kiértékelhetőségének is (Muszbek et al., 2006). A kérdőív a jelen minta esetében is megbízhatónak bizonyult, a szorongás skála Cronbach-alfa mutatója 0,81, míg a depresszió skáláé 0,82.

A társas támogatást a Társas támogatás kérdőívvel (*Support Dimension Scale, SDS*) mértük (Caldwell et al., 1987). A kérdőív arra kérdez rá, hogy a vizsgálati személyek a nehéz, megterhelő élethelyzetekben kikire és milyen mértékben támaszkodhatnak szü-

1. táblázat. A felhasznált kérdőívek leíró statisztikai eredményei a teljes mintára vonatkozóan, valamint a nemek alapján elkülönítve

	Minta teljes átlaga (szórás)	Férfiak átlaga (szórás)	Nők átlaga (szórás)
Globális skála (Életminőség kérdőív)	68,60 (21,40)	62,17 (22,63)	75,00 (18,40)
Funkcionális skála	87,20 (11,80)	86,48 (13,22)	87,83 (10,40)
Tünet skála	13,00 (12,40)	15,06 (14,11)	10,93 (10,40)
Szorongás skála (Kórházi szorongás és depresszió kérdőív)	6,38 (3,76)	5,46 (4,15)	7,30 (3,13)
Depresszió skála (Kórházi szorongás és depresszió kérdőív)	4,36 (3,89)	4,19 (4,07)	4,53 (3,76)
Társas támogatottság kérdőív	12,44 (5,46)	12,38 (5,90)	12,50 (5,10)
Poszttraumás növekedés kérdőív	40,48 (28,31)	32,88 (28,75)	48,80 (26,01)

kebb és tágabb környezetükben (Kopp és Skrabski, 2000). Vizsgálatunkban a kérdőív 11 tételes, egyszerűsített változatát használtuk, amelynek alkalmazhatóságát és megbízhatóságát több hazai vizsgálat is alátámasztotta (Szádóczky és mtsai, 2004; Skrabski és mtsai, 2005). Kutatásunkban az SDS a többi felhasznált kérdőívénél gyengébb, de még elfogadható reliabilitással bír (Cronbach-alfa: 0,598).

A *Poszttraumás növekedés kérdőívet* (PTGI) Tedeschi és Calhoun (1996) a súlyosan stresszkeltő, traumatikus életeseményekkel való megküzdésből fakadó pozitív változások azonosítására dolgozták ki. A kérdőív 21 tételt és 5 faktort – az élet fokozott értékelését, a jelentéstelibb interperszonális kapcsolatok megélését, a személyes erő érzetének fokozódását, az új lehetőség felfedezését és a spirituális élményekkel való gazdagodást – tartalmaz. A kitöltők minden tétel esetében ötfokú Likert-skálán jelölhetik, mennyire tartják igaznak magukra nézve az adott állítást (Kovács et al, 2012). Kutatásunkban a PTGI összpontszámot használtuk fel. A kérdőív reliabilitása kiváló, jelen mintán Cronbach-alfa mutatója 0,96.

A felhasznált kérdőívek leíró statisztikai mutatói az 1. táblázatban olvashatók.

A nemek között három mutató mentén találtunk különbséget; a nők szignifikánsan

jobb globális életminőségről ($t = 2,24$; $p = 0,02$) és magasabb poszttraumás növekedésről ($t = 2,09$; $p = 0,04$), valamint tendenciaszinten magasabb szorongásszintről ($t = 1,8$; $p = 0,07$) számoltak be.

EREDMÉNYEK

A minta demográfiai jellemzői

A vizsgálati személyek átlagéletkora 56,62 év (SD: 15,7). A legfiatalabb kitöltő 25 éves, a legidősebb pedig 82. A minta 67%-a 50 év feletti, ami megfelel a szakirodalomban olvasható életkori megoszlásnak (Igazvölgyi, 2004).

A vizsgálati személyek nemi megoszlása pontosan 50-50%; 26 nő és 26 férfi töltötte ki a kérdőívet. A vizsgálati személyek 73%-a budapesti lakos, ami nem meglepő, hiszen csak fővárosi intézményekben vettük fel az adatokat. A kitöltők 8%-a jelölt meg nagyvárost, 8% kisvárost és 11% községet, illetve falut lakhelyeként.

Iskolai végzettségüket tekintve a kitöltők 9,6%-a általános iskolát, 17,3%-a szakmunkásképzőt végzett, 28,8%-a érettségivel, 44,2%-a pedig diplomával rendelkezik.

Munkaügyi státusz tekintetében a vizsgálati személyek fele aktív, főállású dolgozó.

A másik legnagyobb csoportot a nyugdíjasok (42,3%) alkotják. A kitöltők közül 3 fő (5,8%) munkanélküli és 1 fő (1,9%) háztartásbeli.

Családi állapotukat tekintve a kitöltők döntő többsége (61,5%) házastársi vagy élettársi kapcsolatban él, és további 11,5%-nak van párkapcsolata. A minta 9,6%-át egyedülálló, 9,6%-át elvált, és 7,7%-át özvegy személyek alkotják.

A legtöbb kitöltő (59,6%) átlagosnak ítélte meg anyagi helyzetét. A vizsgálati személyek 3,8%-a az átlagosnál sokkal rosszabbnak, 9,6%-a az átlagosnál rosszabbnak, 23,1%-a az átlagosnál jobbnak, 3,8%-uk pedig az átlagosnál sokkal jobbnak találta anyagi helyzetét.

A minta betegséggel kapcsolatos jellemzői

A kutatásban részt vevő személyeket 1971 és 2014 között diagnosztizálták melanoma malignummal. A kérdőív kitöltésekor már minden résztvevő átesett a daganat műtéti úton való eltávolításán. A műtéten kívül a vizsgálati személyek 15%-a kapott kemoterápiás kezelést, 12%-a sugárterápiát, 25%-a pedig immunterápiát. A kezelések során összesen 10 fő, azaz a minta 19%-a tapasztalt mellékhatásokat. Az erre vonatkozó nyitott kérdésre a következő mellékhatásokat sorolták fel a kitöltők: viszketés, hajhullás, fáradékonyság, gyengeség, szédülés, mozgásban való korlátozottság, érzékenységi, láz, hidegrázás, fejfájás, végtagfájdalom, fogyás, szorongás. Az adatfelvétel idejében a TNM stádiumbesorolás szerint a vizsgálati személyek 60,7%-ának betegsége az I. stádiumban, 13,1%-nak a II. stádiumban, 3,3%-nak a III. stádiumban, 6,6%-nak pedig a IV. stádiumban volt. A legtöbb résztvevőnek a hátán (27,9%) vagy alsó végtagjain (19,7%), illetve mellkasán (18%)

alakult ki a bőrelváltozás. A vizsgálati személyek bőrdaganatának szélessége 1 és 92 mm között változott.

Hipotézis tesztelése

Hipotézisünk szerint a demográfiai változók és betegségjellemzők kontrollálása mellett a pszichoszociális tényezők (hangulati jellemzők, társas támogatás, poszttraumás növekedés) szignifikáns magyarázói az életminőségnek. Feltételeztük, hogy a demográfiai jellemzők közül az életkor (negatívan) és a nem (nők kedvezőtlenebb értékei); a betegségjellemzők közül pedig a betegség stádiuma (negatívan), valamint a bőrdaganat mérete (negatívan) lesz magyarázóváltozó.

Feltevésünk tesztelésére a többszörös lineáris regresszióelemzés módszerét alkalmaztuk. Ennek elvégzése előtt a korrelációs mátrixok elkészítése következett, amely alapján az életminőség skáláinak az egyéb változókkal való kapcsolatát vizsgáltuk (2., 3. táblázat).

Az életminőség funkció alsóskálájának esetében a nemnek, életkornak, a betegségstádiumnak és az elváltozás helyének kontrollálása mellett a poszttraumás növekedés változót léptettük be a regresszióelemzésbe, a harmadik blokkban pedig a szorongás és depresszió összpontszámot. (Az életminőség e skálájával egyetlen demográfiai vagy betegségmutató sem állt kapcsolatban.) A depresszió és szorongás egyaránt a HADS alsóskáláit alkotják, és köztük mérsékelt együttjárás ($r = 0,60$; $p < 0,001$) mutatkozott, ezért a multikollinearitás elkerülésének érdekében összesített mutatót (HADS összpontszám) alkalmaztunk. Végző modellünkben a funkcionális életminőség egyetlen szignifikáns magyarázóváltozójának a hangulat (HADS szorongás és depresszió) bizonyult (4. táblázat).

2. táblázat. A demográfiai jellemzők és a betegségjellemzők, valamint a felhasznált kérdőívek Spearman-korrelációval készült korrelációs mátrixa

	Nem	Életkor	Betegség stádiuma	Elválkozás mérete
Funkció skála	-0,01	0,06	-0,29*	-0,03
Globális skála	0,27*	-0,11	-0,27*	-0,09
Tüneti skála	-0,15	0,03	0,28*	0,03
Társas támogatottság	-0,09	-0,42**	0,17	0,05
Depresszió és szorongás összpontszám	0,16	0,08	0,11	-0,12
Poszttraumás növekedés	0,29*	-0,09	0,09	-0,05

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

3. táblázat. A felhasznált kérdőívek Spearman-korreláció segítségével megalkotott korrelációs mátrixa

	Funkció skála	Globális skála	Tünet skála	Társas támogatottság	Depresszió és szorongás összpontszám	Poszttraumás növekedés
Funkció skála		0,48**	-0,64**	-0,11	-0,53**	-0,33*
Globális skála	0,48**		-0,48*	0,15	-0,35**	-0,03
Tünet skála	-0,64**	-0,48**		-0,06	0,27*	0,22
Társas támogatottság	-0,11	0,15	-0,06		-0,04	0,04
Depresszió és szorongás összpontszám	-0,53**	-0,35**	0,27*	-0,04		0,45**
Poszttraumás növekedés	-0,33*	-0,03	0,22	0,04	0,45**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

4. táblázat. Az életminőség tünet skálájának és a pszichoszociális tényezők összefüggésének lineáris regressziója

Függő változó		Magyarázóváltozó	Standardizált béta	P-érték	R ²
Melanomás betegek életminőségének funkcióskálája	1.	nem	0,01	0,95	0,04
		életkor	0,08	0,60	
		betegségstádium	-0,19	0,19	
		elválkozás mérete	-0,05	0,73	
	2.	nem	0,09	0,53	0,11
		életkor	0,05	0,72	
		betegségstádium	-0,15	0,32	
		elválkozás mérete	-0,07	0,63	
	3.	poszttraumás növekedés	-0,27	0,08	0,34
		nem	0,12	0,38	
		életkor	0,09	0,47	
		betegségstádium	-0,06	0,65	
		elválkozás mérete	-0,16	0,22	
		poszttraumás növekedés	-0,05	0,91	
		depresszió és szorongás összpontszáma	-0,47	0,00	

5. táblázat. Az életminőség tünet skálájának és a pszichoszociális tényezők összefüggésének lineáris regressziója

Függő változó		Magyarázóváltozó	Standardizált béta	P-érték	R ²
Melanomás betegek életminőségének tünetskálája	1.	nem	-0,13	0,38	0,06
		életkor	0,00	0,99	
		betegségstádium	0,18	0,22	
		elválkozás mérete	0,10	0,51	
	2.	nem	-0,21	0,13	0,23
		életkor	0,00	0,95	
		betegségstádium	0,08	0,56	
		elválkozás mérete	0,42	0,20	
		depresszió és szorongás			
		összpontszáma	0,36	0,00	

6. táblázat. Az életminőség globális skálájának és a betegség-specifikus, valamint pszichoszociális tényezők összefüggésének lineáris regressziója

Függő változó		Magyarázóváltozó	Standardizált béta	P-érték	R ²
Melanomás betegek életminőségének globális skálája	1.	nem	0,24	0,09	0,14
		életkor	-0,06	0,66	
		betegségstádium	-0,23	0,10	
		elválkozás mérete	-0,04	0,77	
	2.	nem	0,32	0,02	0,28
		életkor	-0,05	0,68	
		betegségstádium	-0,14	0,31	
		elválkozás mérete	-0,11	0,39	
		depresszió és szorongás			
		összpontszáma	-0,40	0,00	

Hasonlóan jártunk el az életminőség tünet alskálájával. A korrelációs mátrix alapján (3. táblázat) kiderült, hogy csak a depresszió és szorongás összpontszáma mutat kapcsolatot a tünet alskálával. A nem, az életkor, a betegségstádium és az elválkozás helyének kontrollálását követően, a depresszió és a szorongás összpontszámának beléptetésével a modell 23%-ban magyarázza az életminőség ezen skálájának összvarianciáját (5. táblázat).

Az életminőség globális skálájának vizsgálata során a korrelációs mátrixból (3. táblázat) kiderült, hogy csak a nem és a betegség stádiuma, valamint a depresszió és szorongás mutat kapcsolatot az alskálával. Az előző két esethez hasonlóan most is demográfiai és betegséggel kapcsolatos változók kontrollálását követően léptettük be a szorongás és a depresszió összpontszámát.

A modell 28%-ban magyarázza a globális skála varianciáját (6. táblázat).

MEGVITATÁS

A daganatos betegségek pszichoszociális aspektusaival foglalkozó szakirodalom az utóbbi évtizedekben áttekinthetetlenül nötte ki magát. A túlélési ráta után az egyik leginkább kutatott, legfontosabbnak tartott változó az életminőség (Jeffrey et al., 2004; Lehto et al., 2005).

A melanoma malignum – a bőrrák legvesélyesebb fajtája – pszichésen is megterheli az érintetteket (Trask et al., 2003), ezért is fontos, hogy jobban megértsük, hogy milyen tényezők állnak összefüggésben az életminőséggel ebben a speciális populációban.

Kutatásunkban korrelációs együtthatókkal, majd lineáris regresszióelemzéssel vizsgáltuk, hogy az egyes demográfiai és betegségjellemzők kontrollálása mellett a különböző pszichoszociális változók milyen mértékben magyarázzák az életminőségbeli különbségeket. Külön elemzésben vizsgáltuk az életminőség három alskáláját, a funkció, a tünet és a globális skálát. Eredményeink szerint az életminőség funkcionális és tünet alskáláinak egyetlen szignifikáns magyarázóváltozója a hangulatzavar (a HADS összpontszám). Egyedül a globális életminőség alskálájának varianciáját magyarázták nem pszichoszociális változók is; a hangulati zavar mellett a nem és a betegség stádiuma. Schlesinger-Raab és munkatársai (2010) eredményeitől eltérően az életkor saját mintánkon nem mutatkozott jelentősnek az életminőség szempontjából. Ennek oka lehet, hogy más típusú kérdőívvel dolgoztak, amely tartalmazhat olyan aspektusokat (pl. érzelmi funkcionálás, testkép), amelyek érzékenyebbek az életkorra. Jelen mintában az egyik leggyakrabban használt felosztást (globális, funkcionális, tüneti életminőség) követve nem tudtuk kimutatni az életkor szignifikáns magyarázóerejét. Míg Caddick és mtsai (2013) nem találtak különbséget I. és II. stádiumban lévő melanómások életminősége között, jelen mintán a stádium befolyással volt a globális életminőségre; értelemszerűen a magasabb stádiumba sorolt betegek értékelték kedvezőtlenebbül az életminőségüket. Eredményünk nem meglepő, hiszen a mi mintánkba súlyosabb állapotú páciensek is bekerültek; feltételezhetjük, hogy az I. és II. stádium nincs oly távol egymástól a szubjektív súlyosság megélésében, míg a nagyobb kiterjedés és áttét (ami a magasabb stádiumbesorolással jár) más és fenyegetőbb pszichológiai élményeket hív elő (miközben a funkcioná-

lásban és tünetekben ez nem feltétlenül mérhető). Korábbi eredményekhez hasonlóan (Lehto et al., 2005; Ribero, 2013) mi is azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a pszichoszociális tényezők nagyobb mértékben befolyásolják az életminőséget, mint a vizsgált betegségjellemzők. Eredményeink rámutatnak a szorongás- és depressziószint jelentőségére az életminőség mindhárom skálájának tekintetében. Bár szakirodalmi adatok hangsúlyozzák a hangulat kiemelt szerepét az életminőség szempontjából, melanómásokkal korábban még nem született hasonló vizsgálat. A szakirodalomban gyakori felvetés, hogy a depresszív hangulat azért mutat jelentős összefüggést az életminőséggel, mert a hangulati jellemzők mérése valamilyen mértékben benne foglaltatik az életminőség mérésében. Jelen vizsgálatunk – melynek során az életminőség 3 alskálájának külön-külön kerestük a magyarázóváltozóit – segít e felvetés tisztább látásában. A hangulati zavarok (szorongás és depresszív hangulat közös mutatója) valóban azzal az alskálával (funkciók) mutatja a legerőteljesebb korrelációt, amely az érzelmi funkcionálást is méri; ugyanakkor a tünetek és globális életminőség esetében is a hangulatzavar bizonyult a legerősebb magyarázóváltozónak. Ez alapján felvethetjük, hogy a hangulati problémák és életminőség szoros kapcsolata nem csak (vagy nem elsősorban) mérési „hiba”; a depresszívebb hangulat és megemelkedett szorongás az életminőség számos területére kihat, mintegy átszövi a percepciót, működésmódot. A két változó kapcsolata feltehetőleg kétirányú, hiszen az életminőség is hat a hangulati tényezőkre.

A pszichoszociális tényezők közül a hangulati jellemzők mellett a poszttraumás növekedés mutatott még szignifikáns magyarázóerőt (bár ez a hangulatzavar beléptetése

után megszűnt); negatív kapcsolatban állt az életminőség funkció alszkálájával. Tehát a várttal ellentétes módon azokra a betegekre, akik a poszttraumás növekedésben alacsonyabb értékeket mutattak, jobb fizikai, szerep-, érzelmi, kognitív és társas funkcionálás volt jellemző (Morill et al., 2008). Ez az eredményünk – illetve a depresszív hangulat és poszttraumás növekedés közötti közepes pozitív korreláció – azt a szakirodalomban újabban erősödő elgondolást erősíti, hogy a növekedés szubjektív érzése nem mindig áll pozitív kapcsolatban az életminőséggel, illetve hogy a két változó között a kapcsolat nem feltétlenül lineáris (Tomich és Helgeson, 2012; Kleim és Ehlers, 2009).

Parker és munkatársainak (2003) többféle daganatot vizsgáló, nagy mintán végzett kutatásával ellentétben jelen vizsgálatunkban a társas támogatás mértéke nem bizonyult szignifikáns magyarázóváltozónak az életminőségre nézve. Ez talán magyarázható azzal, hogy a mintánk esetében az SDS kérdőív nem mutatott kiemelkedően jó reliabilitási értékeket.

Kutatásunk fő erénye, hogy egy kevésbé vizsgált daganattípust állít az elemzés központjába. Kutatásunk egyik korlátját az alacsony mintaelemszám jelenti, ami részint azzal magyarázható, hogy a kérdőívet kutatásetikai okokból csak egészségügyi intézményekben vehettük fel, és a megkeresett intézmények közül kevés helyen kaptunk engedélyt a vizs-

gálatához. A kutatásba bevont intézményekben a kérdőív hosszúságára hivatkozva sok beteg megszakította a kitöltést, vagy nem is vállalkozott rá. Szintén korlátot jelenthet, hogy az életminőséget egy általános daganatos betegekre kifejlesztett kérdőívvel mértük (EOERTC QLQ-C30), amely nem tartalmaz melanomaspecifikus itemeket, viszont rákérdez ebben a betegségben kevésbé releváns problémákra, így az erre a populációra jellemző életminőségbeli változásokat kevésbé tudtuk árnyaltan vizsgálni. Egy általunk kifejlesztett, nem validált specifikus kérdőív használata viszont más pszichometriai problémákkal járt volna, így ezen kis minta esetében módszertani szempontból jobbnak láttuk az EORTC QOL-C30 használatát. Az általunk vizsgált demográfiai, betegség- és pszichoszociális mutatók az életminőség varianciájának viszonylag kis hányadát magyarázták (23–34%). Ennek hátterében állhat, hogy léteznek más, általunk nem vizsgált jellemzők, amelyek fontosak az életminőség szempontjából (testkép, kezeléssel kapcsolatos élmények, betegségrepresentációk, biológiai mutatók); ugyanakkor az is elképzelhető, hogy a QLQ C-30 nem eléggé specifikus a melanomával diagnosztizált személyek életminőségének mérésére. Az EORTC csoport által fejlesztés alatt álló melanomaspecifikus modul fontos áttörést hozhat a populáció életminőségének módszertanában.

SUMMARY

EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL, DEMOGRAPHIC AND DISEASE-RELATED FACTORS
ON THE QUALITY OF LIFE OF MELANOMA PATIENTS

Background and objectives: Although the most dangerous type of skin cancer is melanoma malignum, the quality of life (QOL) of melanoma patients has rarely been studied. The aim of this study is to determine which demographic, disease-specific and psychosocial factors are related to QOL of melanoma patients. *Design:* 52 patients of four hospitals of Budapest have participated in our research. Measures included questions of demographic and disease-related items, quality of life questionnaire (EORTC QOL-30), Hospital Anxiety and Depression Scale, Support Dimension Scale and Posttraumatic Growth Inventory. *Results:* The most robust explanatory variables of variance of Functional and Symptom Scales were depression and anxiety. Non-psychological factors only influenced the Global Health Status/QoL scale, gender and stage of cancer presented a significant effect on Global QOL. *Conclusions:* Psychosocial factors had a greater role in QOL of melanoma patients than disease-related variables. Depression and anxiety scores had the most significant connection to the three subscales of quality of life. In the methodology of measuring QLQ in melanoma patients, the specific melanoma modul – which is under development by the EORTC group – could be an important step.

Keywords: melanoma malignum, quality of life, EORTC QLQ-C30, depression, anxiety

IRODALOM

- AARONSON, N. K., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M., CULL A, DUEZ NJ., TAKEDA, F. (1993): The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85. 365–376.
- BROWN, J. E., KING, M. T., BUTOW, P. N., DUNN, S. M., COATES, A. S. (2000): Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in latest age melanoma patients: An application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 9. 75–85.
- BURDON-JONES, D., THOMAS, P., BAKER, R. (2010): Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. *British Journal of Dermatology*, 162. 147–151.
- CADDICK, J., STEPHENSON, J., GREEN, L., SPYROU, G. (2013): Psychological outcomes following surgical excision of facial skin cancer. *European Journal of Plastic Surgery*, 36. 75–82.
- CALDWELL, R. A., PEARSON, J. L., CHIN, R. J. (1987): Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1). 5–17.

- CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (2014): The Foundation of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (eds) (2014): *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Psychology Press, New York. 18–64.
- DUFFY, S. A., TERRELL, J. E., VALENSTEIN, M., RONIS, D. L., COPELAND, L. A., CONNORS, M. (2002): Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 24. 140–147.
- GUY, G. P., EKWUEME, D. U. (2011): Years of Potential Life Lost and Indirect Costs of Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer. A Systematic Review of the Literature. *Pharmacoeconomics*, 29(10). 863–874.
- HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., LAYTON, J. B. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7. 7.
- HORTI J., RISKÓ Á. (2006): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- HUSSON, O., MOLS, F., VAN DE POLL-FRANSE, L. V. (2011): The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22. 761–72.
- IGAZVÖLGYI K. (ford és szerk.) (2004): *Amit a bőrrákról és a melanoma malignumról tudni kell*. SpringMed, Budapest.
- JEFFREY, E.T., RONIS, D. L., FOWLER, K. L., BRADFORD, C. R., CHEPEHA, D. B., PRINCE M. E., TEKNOS, T. N., DUFFY, S. A. (2004): Clinical Predictors of Quality of Life in Patients With Head and Neck Cancer. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 130. 401–408.
- KLEIM, B., EHLERS, A. (2009): Evidence for curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1). 44–52.
- KOPP M., SKRABSKI Á. (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, 43. 252–278.
- KOVÁCS É., BALOGH P., PREISZ L. (2012): A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 13(1). 57–84.
- LEHTO, U.-S., OJANEN, M., KELLOKUMPU-LEHTINEN, P. (2005): Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16. 805–816.
- MONTAZERI, A. (2009): Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7. 102–123.
- MORILL, E. F., BREWER, N. T., O'NEILL, S. C., LILLIE, S. E., DEES, E. C., CAREY L. A., RIMER, B. K. (2008): The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17(9). 948–953.
- MUSZBEK K., SZÉKELY A., BALOGH É. M., MOLNÁR M., ROHÁNSZKY M., RUZSA Á., VARGA K., SZÖLLŐSI M., VADÁSZ P. (2006): Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patient sample. *Quality of Life Research*, 15(4). 761–766.

- MYKLETUN, A., DAHL, A. A., HAALAND, C. F., BREMNES, R., DAHL, O., KLEPP, O., WIST, E., FOSSA, S. D. (2005): Side Effects and Cancer-Related Stress Determine Quality of Life in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(13). 3061–3068.
- PARKER, P. A., BAILE, W. F., MOOR, C., COHEN, L. (2003): Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2). 183–193.
- REHSE, B., PUKROP, R. (2003): Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: metaanalysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50. 179–186.
- REICH, M., LESUR, A., PERDRIZET-CHEVALLIER, C. (2008): Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110. 9–17.
- REVICKI, D. A., OSOBA, D., FAIRCLOUGH, D., BAROFSKY, I., BERZON, R., LEIDY, N. K., ROTHMAN, M. (2000): Recommendations on health related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research*, 9. 887–900.
- RHEE, J. S., MATTHEWS, B. A., NEUBURG, M., SMITH, T. L., BURZYNSKI, M., NATTINGER, A. B. (2004): Quality of Life and Sun-Protective Behavior in Patients With Skin Cancer. *Archives from Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 130. 141–146.
- RIBERO, S., BASSINO S., CASTELLI, L., GRASSI, M. CALIENDO, V., LAURO, D., MACRÍPO, G. (2013): Psychological features in lower risk melanoma: an analysis on 204 patients. *Journal of Translational Medicine*, 12(Suppl 1). P4.
- SCHLESINGER-RAAB, A., SCHUBERT-FRITSCHLE, G., HEIN, R. W., VOLKENANDT, M., HÖLZEL, D., ENGEL, J. (2010): Quality of life in localized malignant melanoma. *Annals of Oncology*, 21. 2428–2435.
- SCHROEVERS, M. J., RANCHOR, A. V., SANDERMAN, R. (2003): The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, 57. 375–385.
- SKRABSKI, Á., KOPP, M., RÓZSA, S., RÉTHELYI, J., RAHE, R. H. (2005): Life meaning: An important correlate of Health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioural Medicine*, 12(2). 78–85.
- STANTON, A. L., BOWER, J. E., LOW, C. A. (2006): Posttraumatic Growth After Cancer. In CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (eds) (2006): *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 138–175.
- STARK, D., KIELY, M., SMITH, A., VELIKOVA, G., HOUSE, A., SELBY, P. (2002): Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14). 3137–3148.
- SZÁDÓCZKY, E., RÓZSA, S., ZÁMBORI, J., FÜREDI, J. (2004): Predictors for two-year outcome of major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 83(1). 49–57.

- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3). 455–471.
- TOMICH P. L., HELGESON, V. S. (2012): Posttraumatic growth following cancer: links to quality of life. *J Trauma Stress*, 25(5). 567–573.
- TRASK, P. C., PATERSON, A. G., GRIFFITH, K. A., RIBA, M. B., SCHWARTZ, J. L. (2003): Cognitive-Behavioral Intervention for Distress in Patients with Melanoma. Comparison with Standard Medical Care and Impact on Quality of Life. *Cancer*, 98(4). 854–864.
- ZIGMOND, A.S., SNAITH, R.P. (1983): The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67. 361–370.