

# MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP ONKOLOŠKIM PACIJENTIMA U OB PULA

Tomislav Peharda, Dragan Trivanović

## 1. UVOD

Psihoonkologija je disciplina koja se bavi psihičkim reakcijama kod pojave maligne bolesti povezujući psihijatriju i onkologiju. Polje djelovanja su emocionalne reakcije, disfunkcionalnost misli i ponašanja bolesnika, članova medicinskog tima i njegove obitelji. Upravo kod onkološkog bolesnika psihička i somatska dimenzija pokazuje najtješnju povezanost u kliničkoj praksi komplementarnih razina. Njezin je pristup multidisciplinarnan uključujući različite aspekte maligne bolesti povezuje druge specijalnosti i profesije.

Kvaliteta života povezana s zdravstvenim stanjem (HRQOL, od engl. Health Related Quality of Life) od velike je važnost za poboljšanje kliničkih ishoda onkoloških bolesnika (1, 2).

Oboljeli od malignih bolesti iskazuju visok stupanj psihičkih smetnji (ustrasnost, tjeskoba, depresivnost, panične smetnje, fobije) u trenutku dijagnoze kao i tijekom liječenja (3, 4) pa je tako relativno visoka incidencija psihičkih poremećaja opažena u ovih bolesnika (5). Postoje brojne studije psihosocijalnih intervencija na psihološki distress i HRQOL (6-9).

## 2. CILJEVI

Uključivanjem dodatne psihoonkološke podrške bolesnicima, namjera je bila poboljšati kvalitetu života i pozitivno utjecati na najčešće psiho-somatske tegobe tijekom liječenja. Primarni ciljevi studije bili su smanjivanje anksioznosti, depresivnih smetnji, nesanicice te povećanje funkcionalnosti misaonog, osjećajnog i ponašajnog djelovanja. Sekundarni ciljevi su bili smanjenje somatskih tegoba i nuspojava liječenja (bol, mučnina, povraćanje i proljevi).

## 3. ISPITANICI I METODE

### 3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 58 ispitanika, 47 ženskih i 11 muških bolesnika. Raspon dobi kretao se od 31 do 88 godina starosti ispitanika.

Bolesnici su morali zadovoljiti sljedeće ključne kriterije: novodijagnosticirani onkološki bolesnici u OB Pula kojima je bolest dokazana citološki ili patohistološki, stadij bolesti II-IV, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans status 0-3, nepostojanje ozbiljnijeg psihijatrijskog poremećaja u ranijoj povijesti bolesti. U intervencijsku studiju uključeni su bolesnici kod kojih je bila indicirana psihoonkološka pomoć kao i oni koji su dobrovoljno pristali na navedeni tretman. U kontrolnoj skupini bili su bolesnici koji nisu primili psihoonkološki tretman.

### 3.2. Metode

Za potrebe ovog istraživanja koristili se Beckova skala depresivnosti (BDI) kao pokazatelj depresivnih simptoma, te Beckov upitnik anksioznosti (BAI) kao pokazatelj simptoma anksioznosti.

Istraživanje se provodilo individualno: svaki je ispitanik zasebno ispunio oba upitnika. Isti postupak ponovljen je nakon 6 mjeseci. Iako su ispitanici bili indikacijski tretirani farmakoterapijom (anksiolitici, antidepresivi) i podvrgnuti psihoterapijom (kratka dinamska psihoterapija, KBT i suport terapija) u radu se nije analizirala podvrsta tretmana zbog malog broja bolesnika u podskupinama. Istraživanje je primijenjeno u Psihoonkološkom savjetovalištu Opće Bolnice Pula od siječnja 2007. do veljače 2009. godine. Onkolog je samostalno vodio evidenciju somatskog statusa kao i nuspojave liječenja prema NCI CTCAE v. 3.0 kriterijima (National Cancer Institute, Common Toxicology Criteria of Adverse Events). Svi bolesnici su liječeni prema smjernicama onkološke struke.

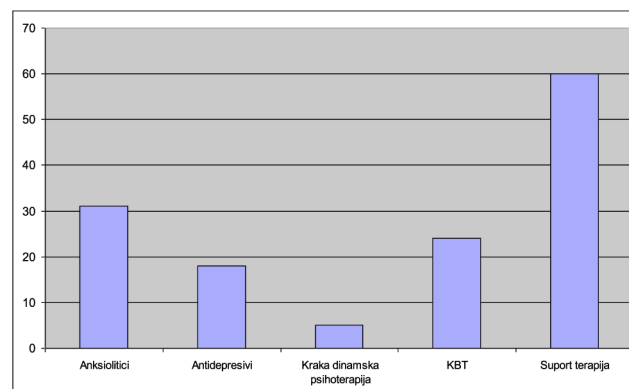
### 3.3. Statistika

Usporedbu između eksperimentalne i kontrolne skupine kao i analizu unutar eksperimentalne skupine vršili smo standardnim statističkim metodama

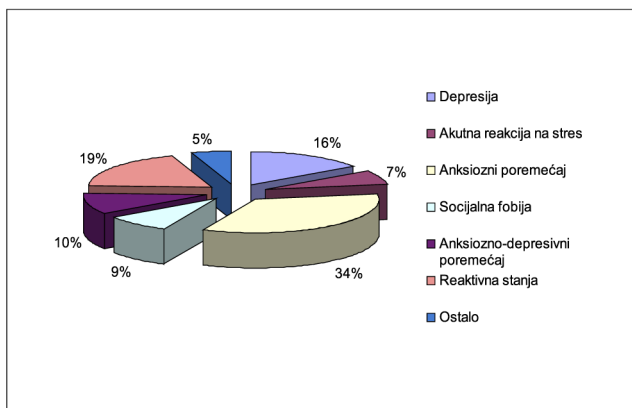
## 4. REZULTATI

Svim bolesnicima je bila pružena suportivna terapija (Slika 1). Od psihičkih poremećaja najviše su bili prisutni anksiozni poremećaji i reaktivna stanja (poremećaj prilagodbe) (Slika 2). Od novotvorevina najviše su bili zastupljeni rak dojke (Slika 3).

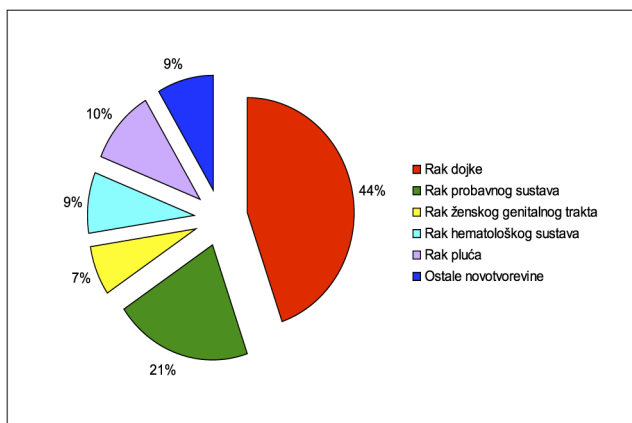
Slika 1. Psihoonkološki tretman bolesnika



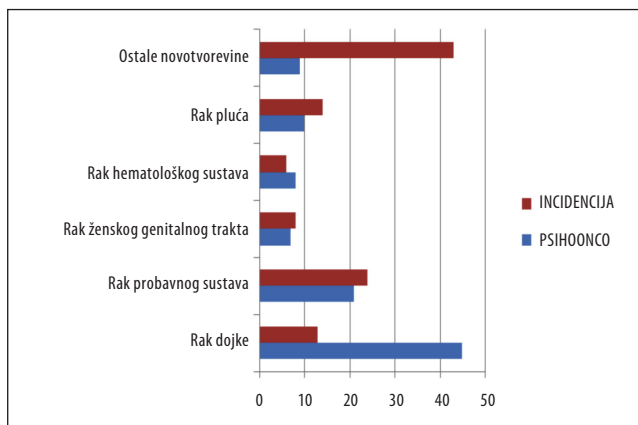
**Slika 2.** Distribucija psihičkih poremećaja



**Slika 3.** Distribucija bolesnika u psihoonkološkom tretmanu prema onkološkoj dijagnozi



**Slika 4.** Odnos udjela bolesnika (%) koji su novooboljeli i onih koji su liječeni u psihoonkološkoj ambulanti.



**Tablica 1.** Usporedba učestalosti neutropenija pri liječenju kemoterapijom kod bolesnika liječenih psihoonkološkim tretmanom (58 bolesnika) i kontrolne skupine (60 bolesnika)

Neželjeni događaj	Psihoonko skupina n (%)	Kontrolna skupina n (%)	P
Neutropenija gr. 3-4 <sup>1</sup>	4 (7)	4 (7)	0,96

P – prema Pearson Chi-square testu

<sup>1</sup>NCI-CTCAE v. 3.0 mjerenju štetnih događaja

**Tablica 2.** Usporedba učestalosti mučnine i povraćanja pri liječenju kemoterapijom kod bolesnika liječenih psihoonkološkim tretmanom (58 bolesnika) i kontrolne skupine (60 bolesnika)

Neželjeni događaj	Psihoonko skupina n (%)	Kontrolna skupina n (%)	P
Mučnina i povraćanje gr. 3-4 <sup>1</sup>	10 (7)	22 (7)	0,04

P – prema Pearson Chi-square testu

<sup>1</sup>NCI-CTCAE v. 3.0 mjerenju štetnih događaja

**Tablica 3.** Usporedba jačine boli pri liječenju kemoterapijom kod bolesnika liječenih psihoonkološkim tretmanom (58 bolesnika) i kontrolne skupine (60 bolesnika)

Neželjeni događaj	Psihoonko skupina n (%)	Kontrolna skupina n (%)	P
Bol <sup>2</sup>	5 (7)	23 (7)	0,003

P – prema Pearson Chi-square testu

<sup>2</sup>Bol je mjerena prema VAS I označava 6-10 vrijednost skale

**Tablica 4.** Ispitivanje anksioznosti i depresije

	SREDNJA VRIJEDNOST	
	PRIJE	POSLIJE
BAI (anksioznost)	52,36	37,80
BDI (depresivnost)	48,12	30,42

BAI min/max 15-68

BDI min/max 21- 83

T-testom za velike ovisne uzorke ustanovljena je statistički značajna razlika u anksioznosti i depresivnosti ispitanika prije i poslije terapije (t = 3,88, SS = 57, p<0.01). Ispitanici su imali značajno nižu razinu anksioznosti i značajno nižu razinu depresivnosti nakon 6 mjeseci terapije.

## 5. RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Maligna bolest pogađa i tjelesni i psihološki dio bolesnika. Zajedničkim radom, onkologa i psihijatra, nastoje se

funkcionalno povezati ove komponente uz nužnost multidisciplinarnog pristupa.

Premda dobiveni rezultati imaju preliminarni karakter, jasno prikazuju značajnu zastupljenost bolesnica s rakom dojke. Napominjemo, ovdje nije riječ o stvarnoj prevalenciji, već o činjenici da su bolesnice s rakom dojke mlađe dobi, obrazovne te pokazuju veću osviještenost i senzibilitet prema bolesti. S druge strane zanimljiv relativno mali broj bolesnika s rakom prostate i pluća (najčešći malignomi) u muškaraca. Kako je to uglavnom populacija muškarca starije životne dobi, pogotovo kod karcinoma prostate, koji imaju relativno tihu kliničku sliku s dobrom prognozom, pokazali su slabu zainteresiranost za psihoonkološki tretman.

Kod ostalih je bolesnika postignuto značajno smanjenje učestalosti mučnine i povraćanja te smanjenje jačega intenziteta boli, što možemo objasniti povezanošću i interakciji psihičkog sadržaja i somatskog dijela dok kod neutropenije nema promjene budući da je tu povezanost neznatna a procesi međusobno neovisniji.

Anksioznost, nešto manje depresivnost, ovisno o intenzitetu, zastupljeni su kod svih pacijenata što ukazuje na potrebu svakog pacijenta za suportivnom terapijom. Smanjenje ovih smetnji djeluje na poboljšanje stanja onkološkog pacijenta, a time i na kvalitetu života u cjelini.

Zaključno rezultati pokazuju da se psihoonkološkim pristupom ostvaruje značajan učinak i na tjelesnoj i na psihičkoj razini bolesnika. Stoga daljnje aktualno djelovanje psihoonkološkog savjetovišta OB Pula kreće se u dva smjera:

a) senzibilizirati onkološki tim u prepoznavanju uloga psihičkog sadržaja i mentalnih mehanizama; i

b) kod bolesnika osvijestiti učinak djelovanja neprimjerenog mišljenja i negativnih emocija na ishod liječenja.

Težeći sve većoj cjelovitosti u pristupu liječenja, Psihoonkološko savjetovište u OB Pula nudi konkretan način povezivanja, često u praksi prividno nepomirljivu dihotomiju dualizma ljudskog bića, somatskih afekcija s psihičkim sadržajem.

## LITERATURA

1. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. *Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study.* J Clin Oncol. 2004; 22(23):4829-36.
2. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. *Health psychology: psychological adjustment to chronic disease.* Annu Rev Psychol. 2007; 58:565-92.
3. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens AC, Schröder FH, de Koning HJ. *Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up.* Br J Cancer. 2006; 94(8):1093-8
4. Strong V, Waters R, Hibberd C, Rush R, Cargill A, Storey D, Walker J, Wall L, Fallon M, Sharpe M. *Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study.* Br J Cancer. 2007; 96(6):868-74.
5. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. *The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis.* J Consult Clin Psychol. 2005; 73(4):763-8.
6. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. *Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980.* Psychosom Med. 1997; 59(3):280-93.
7. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. *Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research.* J Natl Cancer Inst. 2002; 94(8):558-84.
8. Arving C, Sjødén PO, Bergh J, Hellbom M, Johansson B, Glimeilius B, Brandberg Y. *Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care.* Cancer Nurs. 2007; 30(3):10-9.
9. May AM, Van Weert E, Korstjens I, Hoekstra-Weebers JE, Van Der Schans CP, Zonderland ML, Mesters I, Van Den Borne B, Ros WD. *Improved physical fitness of cancer survivors: a randomized controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training.* Acta Oncol. 2008; 47(5):825-34.