

Az alvás és a kimerültség vizsgálata daganatos betegek körében

Bollmann Anna Klaudia ■ Fábíán Balázs ■ Molnár Judit dr.

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Bevezetés: A rosszindulatú daganat diagnózisa nagyobb distresszel jár, mint bármely más diagnózis. A daganatos betegségek jelentős pszichés terheléssel járnak, az egészségügyi személyzet kapacitása pedig korlátozott. Ezért kiemelten fontos a hatékony pszichológiai szűrési eljárások kidolgozása. Az alvás alapvető jelentőségű a pszichés működésben, a rossz alvásminőség ismert probléma a daganatos betegek esetén.

Célkitűzés: A kutatás célja az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák alkalmazhatóságának vizsgálata.

Módszer: Vizuális analóg skálákon mértük az alvás minőségét és a kimerültséget. Vizsgálatunkban szerepelt még az Athén Insomnia Skála, a Daganatos Kimerültség Skála és az Alvási Kondíció Indikátor is. A pszichés distressz mértékét az Általános Szorongás Zavar Kérdőívvel, a Beck Depresszió Kérdőívvel és a Rövidített Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívvel mértük fel. A betegek által tapasztalt fájdalom és jól-lét mértékét a Fájdalom Arcai Skálával és a WHO Jól-lét Kérdőívvel vizsgáltuk. Összesen 71 daganatos beteg vett részt a vizsgálatban.

Eredmények: Az alvásminőség és a kimerültség – a vizuális és a többtételű skálákkal mérve is – szignifikáns összefüggést mutatott a distresszel (szorongás, depresszió, érzelemszabályozási nehézség) és a fájdalommal. A distressz és a fájdalom szignifikánsan alacsonyabb jól-léttel mutatott összefüggést.

Következtetések: A jelen vizsgálat megerősíti, hogy az alvás minősége fontos tényező a daganatos betegek distressz-, fájdalom- és általános jól-lét szintjének alakulásában. Ez alátámasztja, hogy az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák alkalmasak – az alvásminőségen és a kimerültségen túl – a pszichológiai distressz szűrésére és a jól-lét szintjének becslésére is. Alkalmazásuk ajánlható a klinikai gyakorlatban onkopszichológiai szűrésre, az onkopszichológiai ellátás indikációjának megállapítására.

Orv Hetil. 2018; 159(42): 1720–1726.

Kulcsszavak: onkopszichológia, szűrés, alvás, kimerültség

Investigation of sleep and fatigue in patients with cancer

Introduction: The diagnosis of cancer elicits greater distress than any other diagnosis. The prevalence of psychological difficulties is high in cancer, and resources of the medical staff are limited. The development of efficient screening measures is therefore of utmost importance. Sleep is vital to all psychological functioning and poor sleep is a known problem in cancer.

Aim: The main goal of the present study was testing of visual analogue scales assessing sleep quality and fatigue.

Method: Sleep quality and fatigue were assessed with visual analogue scales. The Sleep Condition Indicator, the Athens Insomnia Scale and the Cancer Fatigue Scale were also included. Psychological distress was assessed with the Generalized Anxiety Disorder Scale, the Beck Depression Inventory and the Brief Difficulties in Emotion Regulation Scale. Pain and well-being was measured with the Faces of Pain Scale and the WHO Well-being Scale, respectively. A total of 71 patients with cancer were enrolled in this study.

Results: Insomnia and fatigue – measuring them with visual and several-item scales – showed high correlation with the measures of distress (anxiety, depression, emotion regulation difficulties) and pain. Distress and pain showed significant negative correlation with well-being.

Conclusions: It has been affirmed that sleep quality is crucial in the changes of distress, pain and general well-being in cancer patients. It affirms that the visual analogue scales assessing sleep quality and fatigue – besides sleep quality and fatigue – are acceptable screening tools of distress and decreased well-being. Their use in clinical practice is recommended for screening in cancer patients and providing indications for onco-psychological treatment.

Keywords: oncopsychology, screening, sleep, fatigue

Bollmann AK, Fábíán B, Molnár J. [Investigation of sleep and fatigue in patients with cancer]. Orv Hetil. 2018; 159(42): 1720–1726.

(Beérkezett: 2018. április 10.; elfogadva: 2018. május 9.)

Rövidítések

AIS = (Athens Insomnia Scale) Athén Insomnia Skála; ATH = (Anxiety Thermometer) Szorongás Hőmérő; BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; CFS = (Cancer Fatigue Scale) Daganatos Kimerültség Skála; DERS-16 = (Difficulties in Emotion Regulation Scale) az Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív 16 tételes rövidített változata; DSM-IV = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv negyedik kiadása; DTH = (Depression Thermometer) Depresszió Hőmérő; FPS = (Faces of Pain Scale) Fájdalom Arcai Skála; GAD-7 = (Generalized Anxiety Disorder Scale) Általános Szorongás Zavar Skála; SCI = (Sleep Condition Indicator) Alvási Kondíció Indikátor; STH = (Stress Thermometer) Stressz Hőmérő; VAS-A = Alvásminőség Vizuális Analóg Skála; VAS-AK = az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák összesítve; VAS-K = Kimerültség Vizuális Analóg Skála; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Az életet fenyegető, a köztudatban a halállal azonosított, sok szenvedéssel és fájdalommal kísért daganatos betegség jelentős pszichés distresszt jelent. Az élethelyzetben bekövetkező változások, veszteségek, az izoláció gyakran vezetnek a kilátástalanság érzetéhez. A depresszív tünetek a leggyakrabban jelentkező pszichiátriai tünetek közé tartoznak a daganatos betegség folyamán, a betegek mintegy 15–25%-ánál vannak jelen [1, 2]. A szorongásos zavarok a betegek közel 10–30%-át érintik [2, 3]. Rövidebb-hosszabb ideig tartó alkalmazkodási zavar a daganatos betegek mintegy 11–19%-ánál észlelhető [1, 4]. A krónikus szorongás meghatározó mértékű a gyógyítás folyamata során és a gyógyulás után is a daganat kiújulásától való félelem miatt. A Damoklész-szindrómának elnevezett tünetcsoportot szorongás, étvágytalanság, pszichomotoros nyugtalanság és alvászavar jellemzi. A daganatos betegek azt érezhetik, hogy a daganat – Damoklész kardjaként a fejük fölött – bármikor bekövetkezhet sorscsapással fenyeget [5].

A daganatos betegség gyakoriságára való tekintettel a prevenciónak (primer, szekunder és terciér) kiemelt jelentősége van. Noha számos vizsgálat és javaslat készült már egyes daganatos betegségek szűrésével kapcsolatban [6–9], a már diagnosztizáltan daganattal rendelkező populáció pszichoszociális állapotának szűrése eddig még kevés figyelmet kapott. A daganatos betegségeknél a distressz és az azzal társuló negatív affektivitás mint pszichogén tényező jelen van a káros élettani hatásokkal együtt. A distressz által terhelt betegek kiszűrése fontos feladat a súlyosabb kórfelmű kialakulásának megelőzésében, a kórlefelvétel alakulásában a betegek életminőségének és életkilátásainak szempontjából [10, 11]. Már számos distresszt mérő, többtétéles kérdőív áll rendelkezésre, szűrési célra azonban nehezen alkalmazhatók. Hosszúságuk miatt mind a kevésbé terhelt betegek részéről a kitöltés, mind a korlátozott kapacitással rendelkező ellátó személyzet részéről a kiértékelés túl nagy rá-

fordítást igényel [12, 13]. A kevesebb időráfordítást igénylő, de kellő megbízhatósággal rendelkező rövid mérőeszközök hozzájárulhatnak a hatékony prevencióhoz. Ezen eszközök eredményei lehetőséget adnak arra, hogy azokat a betegeket vonjuk be a további ellátásba, akiknél indokolt diagnosztikus és pszichoedukatív eljárások bevezetése. Az általunk vizsgált distressz detektálására is alkalmas ultrarövid tünetlisták és vizuális analóg skálák gyorsan és egyszerűen alkalmazhatók [14, 15]. Ezek közül talán a legismertebb a Distressz Hőmérő [16], amelyet a – hatodik vitális jelnek tekintett – distressz [17] mérésére fejlesztettek ki. A szűréssel kapcsolatos kezdeti kutatások után a vizsgálatok új célja az lett, hogy a kialakított ultrarövid mérőeszközök közül is azokat azonosítsák, amelyek a legalkalmasabbak szűrési célokra [18].

Mivel az alvás minősége szoros összefüggésben áll a testi-lelki működéssel, az alvással kapcsolatos problémák szűrése fontos lehet az onkopszichológiai szűrésben. A kutatási eredmények szerint az alvással kapcsolatos problémák fokozzák a különböző betegségek okozta „betegségterhet”, amely egyúttal az életminőség romlásával is jár [19, 20]. A korábbi vizsgálatok kapcsolatot találtak az alvásminőség és a mortalitás [21], az öngyilkosságok előfordulásának aránya [22] és a negatív érzelmek csökkentéséhez szükséges kognitív funkciók használatának nehézsége között [23] is. Továbbá az insomniát a depresszió egy jellemző tünete [24], illetve a depresszió és a szorongásos zavarok kockázati tényezője is egyben [25]. Az alvászavar gyakori jelenség a daganatos betegek körében [26]. Malignus kórképekben az alvászavar gyakoriságát 19–95% közötti értékre teszik az egyes vizsgálatok [27–29]. Az általuk tapasztalt insomniát gyakran évekkal a kezelés befejezése után is fennmarad [30, 31]. A daganatos betegség és annak kezelése nagyon sokféle módon lehet hatással az alvásra. Az alvási nehézségek lehetnek magára a daganatos megbetegedésre adott stresszválasz tünetei vagy a daganat okozta fájdalom, illetve a kezelés mellékhatásainak következményei is. Az alvás minősége és az annak háttérében lévő distressz egy komplex interakció részeként mind a testi egészség, mind a jól-lét tekintetében kiemelt jelentőségű [30, 31].

A betegellátásban szükséges a daganatos betegek pszichés gondozása is. A betegek nagy száma és az ellátó személyzet korlátozott kapacitása miatt viszont fontos az előszűrés, annak megállapítása, hogy kik szorulnak rá a leginkább [11, 32]. Az előszűrésnek hatékonyan kell lennie a felvételhez szükséges időre és a humán erőforrás kapacitására való tekintettel. A legnagyobb hatékonyságról akkor beszélhetünk, ha minél kevesebb tételes, de minél több releváns tényezővel szoros kapcsolatban álló ultrarövid skálát alkalmazunk. Kutatásunk célja volt, hogy rövid skálák produkciófelületét növeljük azzal, hogy jellemző, meghatározó pszichés tüneteket mérő kérdőívvel való kapcsolatukat vizsgáljuk és igazoljuk. A mentális állapot jelzésére legalkalmasabb változónak az alvás minőségét találtuk, ezért rövid, az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák össze-

függéseit határoztuk meg az ezekhez rendelhető vágóértékekkel együtt. Így feltérképezhetővé válnak a következő összefüggések: 1) Az alvás minősége aspecifikus indikátora lehet a daganatos betegek distresszének, átélt fájdalomának és jól-létének. 2) Az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák alkalmasak lehetnek onkopszichológiai szűrésre.

Módszer

A vizsgálat során kérdőíves adatfelvételt alkalmaztunk, 2017. július 1. és 2017. december 1. között. A Debreceni Egyetem Klinikai Központja Onkológiai Klinikájának szakrendelésén megjelenő betegek köréből állítottuk össze a mintát önkéntes alapon. Tájékoztatót adtunk a vizsgálatról, és részvételi szándék esetén átadtuk a kérdőívcsomagot. Amennyiben a betegnek a kérdőív kitöltése után kérdése merült fel, vagy segítséget igényelt, rendelkezésre állt a betegtájékoztató és a beleegyező nyilatkozaton feltüntetett elérhetőség. A kutatás etikai engedély száma: DE RKEB/IKEB 4837-2017.

Vizsgálati eszközök

Az összeállított kérdőív első egysége általános demográfiai adatokat tartalmaz: kor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, anyagi helyzet. A betegséggel kapcsolatos információkra vonatkozó kérdések az alábbiak voltak: a daganat kiindulási helye a szervezetben, a daganat felfedezésének időpontja, a kapott kezelések típusa vagy a műtéti beavatkozás megtörténte.

Alvás és kimerültség

Az alvással kapcsolatos nehézségeket az Alvási Kondíció Indikátorral (SCI) [33] mértük fel. A kérdőív nyolc tételből áll, és az alvással kapcsolatos problémák gyakoriságára, az elalvás nehézségére, az alvás megszakadására és a rosszul alvás okozta csökkent eredményességre és rosszabb hangulatra is kitért. Alkalmaztuk a nyolctételes Athén Insomnia Skálát (AIS) [34] is, amely többek között rákérdez az éjszakai felébredésre, az elalvással kapcsolatos problémákra és a túl korai ébredésre is. A vizsgálati személyek kimerültségének mértékét a Daganatos Kimerültség Skálával (CFS) [35] mértük. Az önkitöltős kérdőív 15 tétel segítségével ragadja meg a kimerültség és a fáradtság fizikai, érzelmi és kognitív jellemzőit. Két vizuális analóg skálát is alkalmaztunk az alvásminőség és a kimerültség mérésére: az Alvásminőség Vizuális Analóg Skálát (VAS-A) [36] és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálát (VAS-K) [37]. Mindkettő 0-tól 10-ig terjedő skálán kérdez rá az elmúlt hónap észlelt alvásminőségére és a kimerültség mértékére. A két skálán elért eredményből egyszerű összehasonlítás segítségével képeztünk egy összetett pontértéket is (VAS-AK). A vizuális analóg skálák a szerzőknél elérhetők.

A distressz mérése

A szorongás mérésére az Általános Szorongás Zavar Skálát (GAD-7) [38] alkalmaztuk, amelyet a DSM-IV Általános Szorongásos Zavar diagnosztikus kritériumai alapján alakítottak ki. Emellett használtuk a kilencételes rövidített Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) [39] is, amely a depressziós tünetekkel (például motiválatlanság, érdektelenség, elégedetlenség) kapcsolatos kérdéseket tartalmaz. Felvételre került az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív 16 tételes rövidített változata (DERS-16) [40], amely az érzelmi tisztaság hiányára, az érzelmszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférésre, az érzelmi reakciók elfogadhatatlanságára, a célirányos viselkedés fenntartásával kapcsolatos és az impulzuskontrollneheziségekre kérdez rá. A kérdőívcsomagban szerepeltek továbbá a Mitchell-féle érzelmi hőmérők (Stressz Hőmérő – STH; Szorongás Hőmérő – ATH; Depresszió Hőmérő – DTH) [18] is, amelyek kitöltésekor a válaszadónak 0-tól 10-ig terjedő fokozatokkal ellátott rajzolt hőmérőn kell kiválasztania, hogy az utóbbi időben milyen mértékű depressziót, szorongást vagy stresszt élt át.

Fájdalom

A fájdalom mérésére a Fájdalom Arcai Skálát (FPS) [41] használtuk, amely egy nyolcfokú vizuális skálát jelent, ahol a kitöltőnek nyolc, különböző mértékű fájdalmat kifejező arc képe közül kell kiválasztania az ő fájdalmának mértékéhez leginkább illő arcot.

Jól-lét

A jól-lét mérésére a WHO öttételes Általános Jól-lét Skáláját (WHO) [42] használtuk, amelyet a pozitív életminőség megragadására alakítottak ki. Az ismertetett mérőeszközök közül az Athén Insomnia Skála, a Beck Depresszió Kérdőív és a WHO Általános Jól-lét Skála esetén a magyar nyelvű változatok magyar populáción történő validálása már megtörtént. A normatív adatokkal való összehasonlítástól a jelen cikkben terjedelmi okokból eltekintettünk.

Statisztikai elemzés

A statisztikai analízist a Statistic Package for the Social Sciences 22.0 verziószámú programcsomag (IBM, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. A vizsgálat során használt kérdőíveken elért pontszámok közötti összefüggéseket a Spearman-korreláció segítségével vizsgáltuk.

Eredmények

A kutatási mintába összesen 71 fő (átlagéletkor: 59,3 év; minimum: 22, maximum: 84; szórás: 12,39) rosszindu-

latú daganattal diagnosztizált személy került. A kérdőív-csomagot összesen 41 nő (átlagéletkor: 59 év; minimum: 37, maximum: 82; szórás: 10,2) és 30 férfi (átlagéletkor: 59,64 év; minimum: 22, maximum: 84; szórás: 15,24) töltötte ki. A megkeresettek körülbelül fele töltötte ki a kérdőíveket. A betegeknek megállapított két leggyakoribb diagnózis valamilyen gastrointestinalis rendszert érintő daganat vagy mell-daganat volt (1. táblázat). A diagnózis közlése óta eltelt idő átlagosan 4,17 év volt.

A Daganatos Kimerültség Skála (CFS), az Alvási Kondíció Indikátor (SCI), illetve az Athén Insomnia Skála (AIS) közepes és erős szignifikáns összefüggést mutatott a daganatos betegek körében jellemző pszichés distresszt mérő változókkal, a fájdalommal. A jól-léttel kapcsolatban fordított szignifikáns kapcsolatot találtunk (2. táblázat).

A Daganatos Kimerültség Skála (CFS), az Alvási Kondíció Indikátor (SCI) és az Athén Insomnia Skála (AIS), valamint az Alvásminőség (VAS-A) és a Kimerültség Vizuális Analóg Skála (VAS-K) között erős szignifikáns kapcsolatot találtunk. Ez azt jelenti, hogy a vizuális analóg skálák megfelelőek az alvásminőség és a kimerültség megragadására (3. táblázat). A 3. táblázatban látható korrelációs együtthatók áttekintése alapján úgy döntöttünk, hogy a további részletes adatelemzés során csak a két vizuális analóg skálán elért összesített pontszámot (VAS-AK) fogjuk felhasználni. A Kimerültség Vizuális Analóg Skálával (VAS-K) a Daganatos Kimerültség Skála (CFS) jobban korrelált ($r = 0,585$; $p < 0,001$), mint magával az összesített értékkel (VAS-AK) ($r = 0,502$; $p < 0,001$). Az összesített pontértéket mégis megbízhatóbbnak tekintettük a korrelációs együtthatók közötti kis különbségek, az Alvási Kondíció Indexszel (SCI) mutatott kimagaslóan erős szignifikáns kapcsolat ($r = 0,760$; $p < 0,001$) és az 5. táblázatban ismertetett eredmények miatt.

Megvizsgáltuk, hogy a Daganatos Kimerültség Skála (CFS) által klinikailag jelentősen kimerülteként azonosított személyek és az alvásminőséget mérő kérdőívek által insomniásként azonosított személyek átlagosan hány pontot érnek el az Alvásminőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán (VAS-A és VAS-K), hogy megállapíthassunk olyan vágóértékeket, amelyek segítségével később kizárólag a vizuális skálák alkalmazásával is azonosítani lehet a rosszabb állapotban lévőket. Mivel az előző korrelációs elemzés alapján a vizuális skálák együttes értékeinek használata bizonyul indokoltnak, a továbbiakban csak az összesített értéket (VAS-AK) értelmeztük (4. táblázat). Az átlagok alapján azt mondhatjuk, hogy a Daganatos Kimerültség Skálát (CFS) tekintve az Alvásminőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán (VAS-AK) összesen elért legalább 13,2-es eredmény jelez klinikailag jelentős kimerültséget. Az Alvási Kondíció Indikátornál (SCI) a 15,8-as, az Athén Insomnia Skálánál (AIS) a 16,9-es összesített eredmény jelez klinikailag jelentős insomniát.

1. táblázat | A minta daganattípus szerinti összetétele

	Mell-daganat	Gastrointestinalis	Egyéb
Férfi	1	18	11
Nő	25	10	6

Gastrointestinalis = gyomor-, vastagbél-, végbél- vagy hasnyálmirigy-daganat; egyéb = agy-, prosztata-, here- vagy csontdaganat

2. táblázat | A kimerültséget és az alvásminőséget mérő kérdőívek és a pszichés distresszt, fájdalmat és jól-léttel mérő változók összefüggései

	Daganatos Kimerültség (CFS)	Alvási Kondíció (SCI)	Insomnia (AIS)
Szorongás (GAD-7)	0,509**	0,437**	0,561**
Depresszió (BDI)	0,584**	0,611**	0,572**
Érzelemszabályozási Nehézségek (DERS-16)	0,578**	0,501**	0,544**
Fájdalom (FPS)	0,576**	0,446**	0,369**
Jól-lét (WHO)	-0,535**	-0,504**	-0,532**

** $p < 0,01$

WHO = Egészségügyi Világszervezet

3. táblázat | A kimerültséget és az alvásminőséget mérő kérdőívek és a vizuális analóg skálák összefüggései

	Daganatos Kimerültség (CFS)	Alvási Kondíció (SCI)	Insomnia (AIS)
Alvásminőség (VAS-A)	0,319**	0,673**	0,501**
Kimerültség (VAS-K)	0,585**	0,623**	0,642**
Alvásminőség és Kimerültség összpontszám (VAS-AK)	0,502**	0,760**	0,658**

** $p < 0,001$

4. táblázat | Az Alvásminőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skála vágóértékei a többszörös, kimerültséget és alvásminőséget mérő kérdőívek alapján

	Daganatos Kimerültség (CFS)	Alvási Kondíció (SCI)	Insomnia (AIS)
Alvásminőség és Kimerültség összpontszám (VAS-AK)	13,2	15,8	16,9

Az alvásminőséget és a kimerültséget mérő vizuális skálák és összesített pontszámuk (VAS-AK) is közepesen erős összefüggést mutatott a pszichés distresszt mérő változókkal, a fájdalommal és a jól-léttel (5. táblázat). Ez arra utal, hogy alkalmazásuk nemcsak az alvásminő-

5. táblázat | Az alvásmínőséget és a kimerültséget mérő vizuális analóg skálák, valamint a Mitchell-féle hőmérők – a pszichés distresszt, fájdalmat és jól-létet mérő skálák összefüggései

	Alvásmínőség (VAS-A)	Kimerültség (VAS-K)	Alvásmínőség és Kimerültség összpontszám (VAS-AK)	Stressz Hőmérő (STH)	Szorongás Hőmérő (ATH)	Depresszió Hőmérő (DTH)
Szorongás (GAD-7)	0,468**	0,601**	0,600**	0,487**	0,516**	0,398**
Depresszió (BDI)	0,540**	0,530**	0,638**	0,372**	0,371**	0,403**
Érzelemszabályozási Nehézségek (DERS-16)	0,494**	0,613**	0,630**	0,352**	0,406**	0,361**
Fájdalom (FPS)	0,368**	0,422**	0,476**	0,294*	0,452**	0,445**
Jól-lét (WHO)	-0,549**	-0,519**	-0,624**	-0,267*	-0,309**	-0,401**

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

WHO = Egészségügyi Világszervezet

ség és a kimerültség, hanem más jelenségek kapcsán is releváns lehet.

A korrelációs elemzések során azt a meglepő eredményt kaptuk, hogy a legtöbb esetben az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán elért eredmények (VAS-A és VAS-K) – az összesített értéknél (VAS-AK) pedig minden esetben – szorosabb kapcsolatot mutattak a pszichés distresszt mérő kérdőívek eredményeivel, mint a speciálisan a stressz (STH), a szorongás (ATH), illetve a depresszió (DTH) szűrésére kialakított Mitchell-féle érzelmi hőmérők.

Ezért a további vágóértékek megállapítása céljából kielemeztük, hogy a szorongást és a depressziót mérő kérdőívek által a legalább közepesen súlyos kategóriába eső, vagyis legalább közepesen súlyos szorongásos, illetve depresszív tüneteket produkáló személyek hány pontot érnek el összesen az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán (VAS-AK). Az Általános Szorongás Zavar Skála (GAD-7) osztályozása alapján a legalább közepesen súlyos szorongók csoportjában lévő személyek átlagosan 12,7 pontot értek el összesen az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán (VAS-AK). A rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI) kategóriarendszere szerint a legalább közepesen súlyos depresszív tüneteket produkáló csoportba sorolt betegek átlagosan 13,1 pontot értek el összesen az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán (VAS-AK) (6. táblázat).

6. táblázat | A VAS-AK-ra vonatkozó vágóértékek a depresszív és a szorongásos tünetek súlyossági foka alapján

	Normál/Minimális	Enyhe	Legalább közepesúlyos
Szorongás (GAD-7)	6,5	8,4	12,7
Depresszió (BDI)	6	9,3	13,1

BDI = Beck Depresszió Kérdőív; GAD-7 = Általános Szorongás Zavar Skála

Eredményeink szerint mind az alvásmínőséggel és a kimerültséggel (13,2, valamint 15,8 és 16,9 pont), mind a depresszióval (13,1 pont) és a szorongással (12,7 pont) kapcsolatban kapott értékek átlaga 14,3 pont volt. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skálán összesen elért legalább 14 pont vágóérték-használata ajánlható a kiegészítő pszichológiai vagy pszichiátriai kezelést igénylő betegek kiszűrésére.

Megbeszélés

Megvizsgáltuk, hogy a daganatos betegek alvásmínősége és kimerültsége milyen összefüggést mutat a distresszrel, a fájdalommal és az általános jól-léttel. Ezen túl megvizsgáltuk, hogy az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skála mennyire alkalmas szűrési célokra egy 71 fős, különböző daganatos betegségekkel rendelkező mintán. Eredményeink szerint az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skála összefüggést mutat a betegség okozta distresszrel, ami egybevág a korábbi kutatási eredményekkel [például 43, 44]. Az általunk vizsgált Alvásmínőség és Kimerültség Vizuális Analóg Skála megbízhatóan jelzi – az alvásmínőségen és a kimerültségen túl – a daganatos betegséghez kapcsolódó distresszt, valamint a szubjektív jól-lét szintjének csökkenését is. A két skála alkalmazása, a vizsgálatunkban kimutatott egyéb skálák korrelációja alapján, a skálák produkciófelületén túlmutató becslésre is alkalmas a vizsgálatunkban kimutatott egyéb skálák korrelációját tekintve. A statisztikai elemzés tükrében az együttes használat és a 14 pontos vágóérték használata javasolt.

A vizsgálat legfigyelemreméltóbb eredménye, hogy az Alvásmínőség és a Kimerültség Vizuális Analóg Skála nemcsak a jelentősen csökkent alvásmínőséget és kimerültséget jelzi, hanem egyúttal a distressz, a fájdalom és a csökkent jól-lét indikátorai is.

A betegek az egészségi állapotuk megítélésakor általában a testi funkciók egyensúlyának és komfortjának mi-

nőségéből indulnak ki. Ezek egyensúlyának megbomlása esetén kevésbé tudatosítják a distressz fennállását, illetve csökkentésének lehetőségét. Elsősorban a zavar vagy az egyensúly megbomlásának testi szintű orvoslását várják el. Így az alvással és a kimerültséggel kapcsolatos kérdésekre – melyek szervezeten belül kapcsolódnak a test működéséhez – könnyebben reagálnak a válaszadás során. Másrészt a betegek talán könnyebben számolnak be az alvással kapcsolatos problémákról, mint a betegségük által okozott súlyos distresszről, amelyekkel nehezebb szembenézni. A distressz élménye tehát könnyebben feltarthatónak tűnik indirekt, mint direkt módon.

Következtetések

A jelen vizsgálat keretei nem adhatnak pontos tájékoztatást az alvás és a többi vizsgált jelenség ok-okozati kapcsolatáról, de ez nem is volt célunk. A kis mintaelemszám és a közlési terjedelmi korlátok miatt az olyan fontos változók, mint például az életkor, az anyagi helyzet vagy a daganattal kapcsolatos jellemzők (típus, stádium, kezelés és a diagnózis óta eltelt idő) alvással való összefüggésének elemzésétől eltekintettünk. Az eredmények általánosíthatóságát egy nagyobb, reprezentatív mintát alkalmazó vizsgálat tudná megerősíteni, amely a jelenség mélyebb, ok-okozati összefüggések feltárását is vállalhatja. Ugyanakkor az alvással és a kimerültséggel végzett kérdőíves vizsgálat megbízható jelzésként használható a betegek komplex ellátásában.

A korszerű onkológiai szakellátás ma már igyekszik integrálni a kemoterápiás, radiológiai és műtéti kezelések mellett az onkopszichológiai szempontokat és ellátást is. Ez multidiszciplináris keretek között működő komplex segítségnyújtási formát jelent, amelyben számos más, bizonyítottan hatékony terápiás eljárás is helyet kap [45–47]. A szakirodalom és kutatási eredményeink alapján nagyobb figyelmet fordíthatunk az alvás minőségének vizsgálatára. A vizuális analóg skálák könnyedén és gyorsan alkalmazhatók a multidiszciplináris szakellátás keretei között szűrési és diagnosztikai céllal. Az általunk használt Alvásminőség és Kimerültség Vizuális Analóg Skála hozzájárulhat az onkopszichológiai ellátás hatékonyabbá tételéhez.

Anyagi támogatás: A munka az Új Nemzeti Kiválóság Program (ÚNKP) 2017/2018-as tanévre szóló pályázatának támogatásával készült.

Szerzői munkamegosztás: B. A. K.: Résztétel a vizsgálat megtervezésében, a hipotézisek kidolgozásában, a vizsgálat lebonyolításában, az eredmények értékelésében, a kézirat megszövegezésében. F. B.: Résztétel a vizsgálat megtervezésében, a háttérodalom összegyűjtésében, a statisztikai feldolgozásban, a kézirat megszövegezésében. M. J.: Résztétel a vizsgálat megtervezésében, a hipotézisek kidolgozásában, az eredmények értékelésében, a

vizsgálat szupervíziójában, a kézirat végleges formájának kialakításában. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12: 160–174.
- [2] Kovács Z, Pigniczkiné Rigó A, Szabó É, et al. The prevalence of depression and anxiety in patients with malignant breast tumour. *New Med.* 2011; 15: 61–66.
- [3] Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 208–225.
- [4] Mehnert A, Vehling S, Scheffold K, et al. Prävalenz von Anpassungsstörung, akuter und posttraumatischer Belastungsstörung sowie somatoformen Störungen bei Krebspatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2013; 63: 466–472.
- [5] Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematol Oncol Stem Cell Ther.* 2018; 11: 129–134.
- [6] Rutka M, Molnár T, Bor R, et al. Efficacy of the population-based pilot colorectal screening program. Hungary, Csongrád county, 2015. [Populációalapú „pilot” colorectalis rákszűrés eredményessége. Csongrád megye, 2015.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 1658–1667.
- [7] Vokó Z, Túri G, Zsólyom A. Cost-effectiveness of oral cancer screening in Hungary. [A szájüregi szűrés költséghatékonyasága Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1161–1170. [Hungarian]
- [8] Boncz I, Döbrössy L, Péntek Z, et al. Attendance of the fourth (2008–2009) screening round of the Hungarian organized, nationwide breast cancer screening program. [A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 1975–1983. [Hungarian]
- [9] Döbrössy L, Kovács A, Budai A, et al. Gynecological screening or cervical screening? Conflicts between clinical and public health viewpoints. [Nőgyógyászati rákszűrés vagy méhnyakszűrés? Klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 1302–1313. [Hungarian]
- [10] Kovács Z, Rigó A, Szabó É, et al. Health-related quality of life from a new perspective – the role of illness representations in patients with breast cancer. [Az életminőség vizsgálata egy új oldalról – a betegségreprezentációk befolyásoló szerepe emlő-daganatos betegeknél.] *Magy Onkol.* 2017; 61: 343–348. [Hungarian]
- [11] Mailáth M, Laczkóné-Majer R, Horváth Z, et al. The early recognition of mental morbidities during psycho-oncologic treatment. [A pszichés morbiditások korai felismerése a pszichoonkológiai ellátás során.] *Magy Onkol.* 2017; 61: 276–283. [Hungarian]
- [12] Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, et al. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders – preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology* 2008; 17: 226–236.
- [13] Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004; 32: 80–92.
- [14] Vignaroli E, Pace EA, Willey J, et al. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *J Palliat Med.* 2006; 9: 296–303.

- [15] Hürny C, Bernhard J, Coates A, et al. Responsiveness of a single-item indicator versus a multi-item scale: assessment of emotional well-being in an international adjuvant breast cancer trial. *Med Care* 1996; 34: 234–248.
- [16] Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998; 82: 1904–1908.
- [17] Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005; 23: 6440–6441.
- [18] Mitchell AJ, Baker-Glenn EA, Granger L, et al. Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psychooncology* 2010; 19: 125–133.
- [19] Devins GM, Edworthy SM, Paul LC, et al. Restless sleep, illness intrusiveness, and depressive symptoms in three chronic illness conditions: rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *J Psychosom Res*. 1993; 37: 163–170.
- [20] McCrae CS, Lichstein KL. Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities. *Sleep Med Rev*. 2001; 5: 47–61.
- [21] Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 131–136.
- [22] Fujino Y, Mizoue T, Tokui N, et al. Prospective cohort study of stress, life satisfaction, self-rated health, insomnia, and suicide death in Japan. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 227–237.
- [23] Tucker AM, Whitney P, Belenky G, et al. Effects of sleep deprivation on dissociated components of executive functioning. *Sleep* 2010; 33: 47–57.
- [24] Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1998; 393: 39–43.
- [25] Neckelmann D, Mykletun A, Dahl AA. Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep* 2007; 30: 873–880.
- [26] Lee K, Cho M, Miasowski C, et al. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev*. 2004; 8: 199–212.
- [27] Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, et al. Sleep and quality of life in breast cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24: 471–480.
- [28] Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Med Rev*. 2006; 10: 419–429.
- [29] Davidson JR, Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, et al. How to provide insomnia interventions to people with cancer: insights from patients. *Psychooncology* 2007; 16: 1028–1038.
- [30] Savard J, Simard S, Blanchet J, et al. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001; 24: 583–590.
- [31] Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *J Support Oncol*. 2005; 3: 349–359.
- [32] Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege, B. Psychosocial status of Hungarian cancer patients. A descriptive study. [Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota.] *Orv Hetil*. 2014; 155: 1024–1032. [Hungarian]
- [33] Espie CA, Kyle SD, Hames P, et al. The Sleep Condition Indicator: a clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ Open* 2014; 4: e004183.
- [34] Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 2000; 48: 555–560.
- [35] Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, et al. Development and validation of the Cancer Fatigue Scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 19: 5–14.
- [36] Wolfe F, Michaud K, Li T. Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis: evaluation by medical outcomes study and visual analog sleep scales. *J Rheumatol*. 2006; 33: 1942–1951.
- [37] Wolfe F. Fatigue assessments in rheumatoid arthritis: comparative performance of visual analog scales and longer fatigue questionnaires in 7760 patients. *J Rheumatol*. 2004; 31: 1896–1902.
- [38] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1092–1097.
- [39] Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatr Hung*. 2001; 16: 384–402. [Hungarian]
- [40] Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, et al. Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess*. 2016; 38: 284–296.
- [41] Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93: 173–183.
- [42] Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, et al. Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey (HUNGAROSTUDY 2002). [A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a HUNGAROSTUDY 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján.] *Hentálhig Pszichoszom*. 2006; 7: 247–255. [Hungarian]
- [43] Theobald DE. Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6(Suppl): S15–S21.
- [44] Rodrigues AR, Truffelli DC, Fonseca F, et al. Fatigue in patients with advanced terminal cancer correlates with inflammation, poor quality of life and sleep, and anxiety/depression. *Am J Hosp Palliat Care* 2016; 33: 942–947.
- [45] Rohánszky M, Berényi K, Fridrik D, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) program among Hungarian cancer patients. [Éber, tudatos figyelemre épülő, a rák-betegséggel való megküzdést segítő program (MBCR) hatásvizsgálata magyar rákbetegek körében.] *Orv Hetil*. 2017; 158: 1293–1301. [Hungarian]
- [46] Gomez I, Szekanecz É, Szekanecz Z, et al. Physiotherapy of cancer patients. [Daganatos betegek fizioterápiája.] *Orv Hetil*. 2016; 157: 1224–1231. [Hungarian]
- [47] Kovács P, Koncz Z, Peti J, et al. Areas and challenges of onco-psychological rehabilitation. [Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai.] *Magy Onkol*. 2017; 61: 284–291. [Hungarian]

(Fábián Balázs,
Debrecen, Móricz Zs. út 22., 4032
e-mail: fabian.balazs@sph.unideb.hu)