

# Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszicho-onkológia

KAHÁN ZSUZSANNA<sup>1</sup>, SZÁNTÓ ISTVÁN<sup>2</sup>, MOLNÁR MÁRIA<sup>3</sup>, ROHÁNSZKY MAGDA<sup>4</sup>, KONCZ ZSUZSA<sup>5</sup>, MAILÁTH MÓNIKA<sup>6</sup>, KAPITÁNY ZSUZSANNA<sup>7</sup>, DUDÁS RITA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SZTE Onkoterápiás Klinika, Szeged, <sup>2</sup>Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Onkológiai Osztály, Székesfehérvár, <sup>3</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház Onkoradiológiai Központ, Kecskemét, <sup>4</sup>Szent László Kórház Onkológiai Osztály, Budapest, <sup>5</sup>OOI Emlő- és Lágyszervezési Osztály, Budapest, <sup>6</sup>DE Onkológiai Intézet, Debrecen, <sup>7</sup>SE ETK Fizioterápia Tanszék, Budapest

## Levezései cím:

Kahán Zsuzsanna, SZTE Onkoterápiás Klinika,  
6720 Szeged, Korányi fasor 12. Tel.: 36-62-545-404,  
e-mail: kahan.zsuzsanna@med.u-szeged.hu

## Közlésre érkezett:

2016. május 30.

## Elfogadva:

2016. június 10.

A nemzetközi ajánlások és legújabb irodalmi adatok áttekintése alapján kívántunk ajánlást adni az emlőrák miatt kuratív ellátásban részesült betegek gondozásának magyarországi gyakorlatához. A gondozás magába foglalja a beteggel történő kapcsolattartást, egészségnevelést, a betegség tüneteinek, illetve az onkológiai kezelés és a sugárterápia mellékhatásainak felismerését, menedzselését, a további daganatokra vonatkozó szűrést és a beteg teljes körű (fizikai, lelki és szociális) rehabilitációját. Fontos a lokális/regionális daganatkiújulás korai detektálása gondos követéssel, de nincs szükség a távoli áttétek kutatására képalkotó vizsgálatokkal vagy tumormarker-meghatározással. Amennyiben adjuváns hormonterápia szükséges, a jó adherenciát a mellékhatások megfelelő szupportálásával segítsük. Egyes esetekben speciális kérdések (emlőrákkrizikó/mutációhordozás, gyermekvállalás) is felmerülhetnek, ezek tapintatos, gondos és hozzáértő megbeszélése az onkológia fejlődésének tükrében elengedhetetlen. A gondozást általában onkológus végzi, de a beteg ellátásában szükség lehet a team szociális munkás, fizioterapeuta és pszicho-onkológus tagjának, olykor nyiroködéma-szakembernek a bevonására. A gondozás legyen teljes körű és holisztikus szemléletű. *Magyar Onkológia* 60:258–268, 2016

**Kulcsszavak:** emlőrák, gondozás, szociális rehabilitáció, fizikai rehabilitáció, lelki rehabilitáció

*The development of a recommendation was intended for the follow-up of breast cancer patients treated with curative intent in Hungary. Follow-up includes the permanent contact with and health education of the patient, the surveillance and control of the adverse effects of oncological therapies or radiotherapy, the screening of metachron cancers, and the comprehensive (physical, psychological and social) rehabilitation of the patient. The early detection of local/regional tumor relapse is essential with careful follow-up, but there is no need for screening of distant metastases by means of imaging studies or tumor marker tests. If adjuvant endocrine therapy is needed, optimal adherence should be ensured with supportive therapy. In rare cases, special issues such as breast cancer risk/genetic mutation, pregnancy are raised, which should be thoughtfully discussed in view of recent advances in oncology. Follow-up is generally practised by the oncologist, however, in some cases the social worker, the physiotherapist, the psychooncologist, or in special cases, the lymphoedema expert is to be involved. The follow-up approach should be comprehensive and holistic.*

*Kahán Z, Szántó I, Molnár M, Rohánszky M, Koncz Z, Mailáth M, Kapitány Z, Dudás R. Breast cancer: patient care, rehabilitation, psychooncology. *Hungarian Oncology* 60:258–268, 2016*

**Keywords:** breast cancer, follow-up, social rehabilitation, physical rehabilitation, psychological rehabilitation

Az alábbiakban megfogalmazott ajánlás az elérhető angol nyelvű irodalomra és a szerzők saját tapasztalatára épül, az angol nyelven megjelent nemzeti és nemzetközi ajánlásokkal összhangban áll (1–5).

## GONDOZÁS

A gondozás a klinikailag tumormentes, és legfeljebb adjuváns hormonterápiára szoruló, legtöbbször operált emlőrákos betegek ellenőrzését jelenti (1–5). A gondozás feladatai:

- kapcsolattartás a beteggel, compliance elősegítése, az ellátás, illetve rehabilitáció koordinálása,
- egészségnevelés, életmódbeli tanácsok (táplálkozás, fizikai aktivitás stb.),
- relapszus detektálása, gyanú esetén kivizsgálás,
- adjuváns hormonterápia menedzselése,
- a betegség, illetve a sebészi és adjuváns kezelések következményeinek, mellékhatásainak detektálása, megelőzése, kezelése (szükség esetén pszichés, fizikai és szociális rehabilitációra irányítás),
- terciér szűrés: metachron daganatok megelőzése, korai detektálása (megegyezik az átlagos kockázatú népesség szűrési stratégiájával, kivéve a tamoxifenterápia alatt végzett gyakoribb, évenkénti nőgyógyászati vizsgálatot),
- állásfoglalás a beteg egészségi állapotát illetően, valamint az egyéb kezelésekre vonatkozóan,
- speciális aspektusok: genetikai rizikó, terhességvállalás.

A gondozás léggömb eltér az aktív onkológiai kezelést végző ellátóhelyekétől: adjon megerősítést a betegnek a normális életbe történő visszatéréshez, egészsége helyreállításához, legyen segítség a teljes körű rehabilitációhoz. Erősítse a beteg függetlenségét, de egyúttal nyújtson biztonságérzetet, támaszt, hátteret a leküzdött betegséghez. A gondozás során a beteg kapjon megfelelő információt helyzetét, egészségi állapotát, illetve a gondozás folyamatát illetően, hogy azt összeegyeztethesse életvitelével. Szükség lehet a beteg családtagjainak, közeli hozzátartozóinak bevonására is. A gondozást ma Magyarországon onkológusok végzik, de számos országban van törekvés a gondozási feladatok házi orvosnak vagy asszisztensnek történő átadására. Ennek feltétele a képzés és protokollok készítése, illetve megfelelő kapcsolattartás a kezelést végző teammel. Az alábbiakban az említettek közül néhány feladatot kiemelve tárgyalunk.

## EGÉSZSÉGNEVELÉS, ÉLETMÓDBELI TANÁCSOK (TÁPLÁLKOZÁS, FIZIKAI AKTIVITÁS STB.)

A legfontosabb szempont az egészséges testsúlyra való törekvés, mivel a túlsúly, emelkedett BMI kedvezőtlen prognózissal társul amellet, hogy az általános egészséget is előnytelenül befolyásolja. Az optimális testtömeg alapja az egészséges táplálkozás és a megfelelő mennyiségű mozgás, mely nem ellenjavallt emlőműtét után sem (ld. még fizikai rehabilitáció). Az alkoholfogyasztás és a dohányzás elhagyása javasolt (6).

## RELAPSZUS DETEKTÁLÁSA, GYANÚ ESETÉN KIVIZGÁLÁS

A beteg vizsgálatok alapvető annak szem előtt tartása, milyen nagy egyéni rizikója van a lokális/regionális kiújulásnak vagy az áttétképződésnek. A relapszus kockázata nemcsak a primer tumor státuszától függ, hanem az alkalmazott kezeléstől is. Tekintettel kell továbbá lenni az emlőrákaltípusra is: a hormonreceptor-negatív és gyorsan proliferáló tumorok többnyire az első ellátás után 5 éven belül újulnak ki, míg a hormonreceptor-pozitív tumorok relapszusrizikója konstans marad legalább 10 éven át.

A gondozás alapja a gondos (célratörő) anamnézis és fizikális vizsgálat (1–5). Szisztémás relapszust kutató műszeres vizsgálatokra (pl. a mellkas, has, csontrendszer képalkotó vizsgálata, tumormarker-vizsgálat) csak akkor van szükség, ha erre utaló panasz, tünet jelentkezik. Az intenzív vizsgálat tünetmentes esetben ugyanis sem az áttét diagnózisának időpontját, sem a túlélést vagy az életminőséget nem befolyásolja. Evvel ellentétben az operált emlő és a regionális nyirokcsomók képalkotó vizsgálatára nagy gondot kell fordítani: emlőmegtartó műtétet követően az operált emlő és az ellenoldali emlő vizsgálata évente szükséges, a mammográfus javaslata szerint, általában mammográfiával és ultrahanggal vagy MRI-vel (ld. Emlődiagnosztika fejezet). Egyes esetekben (pl. társbetegsége miatt nem tud megjelenni a gondozáson) a beteg gondozását kezelőorvosa biztosítja ajánlott protokoll szerint. Fontos a betegek tájékoztatása a gondozás menetéről, és hogy milyen eltérés jelentkezhethet a betegség vagy éppen a kezelés miatt.

## A BETEGSÉG, ILLETVE A SEBÉSZI ÉS ADJUVÁNS KEZELÉSEK KÖVETKEZMÉNYEINEK, MELLÉKHATÁSAINAK DETEKTÁLÁSA, MEGELŐZÉSE, KEZELÉSE (SZUPPORTÁCIÓ, REHABILITÁCIÓ)

A várható mellékhatások, eltérések függnek a kiszolgáltatott kezelés típusától, a kezelés dózistól, tartamától, a beteg életkorától és társbetegségeitől. A különféle kezelések lehetséges következményei az 1. táblázatban láthatók. A mellékhatások miatt átmenetileg vagy hosszú távon csorbulhat a testkép, a fizikai állapot és képesség, a pszichés állapot, ezek mind az életminőség romlását okozzák (7–13).

A testképváltozás miatt különféle eszközök (paróka, emlőprotézis stb.), illetve emlőrekonstrukció jön szóba. Utóbbi ma még legtöbbször halasztott műtét. A probléma komplex kezelése javasolt (testi-lelki segítség).

A nyiroködéma megelőzésére kell törekedni túlsúly esetén fogyással, továbbá a kar kíméletével (fizikai aktivitás megengedett, de a kar súllyal való terhelése kerülendő, orbánc megelőzésére kell törekedni, de az operált oldalon a kar vénás hozzáférése vagy a vérnyomásmérés nem ellenjavallt, sőt tiltása szorongást kelthet) (7, 8).

A kardiotoxikus következmények monitorozása az aktív onkológiai kezelés alatt folyamatos, a gondozás alatt csak

**1. TÁBLÁZAT.** Emlőrák miatt alkalmazott kezelések lehetséges káros következményei

KEZELÉS	A KEZELÉS ALATT MÁR JELENTKEZŐ MELLÉKHATÁS	KÉSŐI MELLÉKHATÁS
Műtét	zsibbadás, testképprobléma, kozmetikai eredmény, szexuális diszfunkció, válmozgás-beszűkülés	limfödéma, neuropátia
Sugárterápia	bőrelváltozások, emlőfibrózis, aszimmetria, kozmetikai probléma, fájdalom, testképzavar, szexuális diszfunkció, pneumonitisz, limfödéma	iszkémiás szívbetegség (bal oldali RT esetén), radiogén malignóma
Kemoterápia	kognitív funkció romlása („chemobrain”), fáradékonyág, korai menopauza, infertilitás, szexuális diszfunkció, hajvesztés, súlyváltozás, neuropátia, kardiomiopátia	oszteoporózis/oszteopénia, leukémia/mielodiszpláziás szindróma, kardiomiopátia
Trastuzumab	reverzibilis szívkárosodás	
Tamoxifen	hőhullám, menstruációs zavar, hangulatzavar, trigliceridemelkedés	sztrók, endometriumrák, tromboembóliás esemény, premenopauzában oszteopénia
Aromatázgátló	hüvelyi szárazság, libidócsökkenés, ízületi és izomfájdalmak, koleszterinemelkedés	oszteoporózis, csonttörésveszély

erre utaló tünetek (fulladás, fáradékonyág, kardiális dekompenzáció) esetén jön szóba [9].

A csontegészség, oszteoporózis monitorozása függ az életkortól és az alkalmazott kezelésektől. Mind kemoterápia-indukált menopauza, mind endokrin terápia esetén érdemes alap DEXA-vizsgálatot végezni, majd ezt a kezeléstől függően ellenőrizni (2. táblázat). Ízületi panaszok esetén reumatológiai vizsgálat javasolt, és fizioterápia szabadon alkalmazható.

A kognitív funkciócsökkenés kemoterápia után egyértelmű, a hormonterápiák alatt, után kérdéses [12–15]. A gondozás folyamán érdemes a kérdéssről tájékozódni, szükség esetén a beteg rehabilitációját kezdeményezni. A betegség, kezelések miatti lelki zavarok felismerése esetén pszichológiai vizsgálat és kezelés javasolt [11–15].

### ENDOKRIN TERÁPIA MENEDZSELÉSE

Az adjuváns hormonterápia általában 5–10 éven át javasolt, de részben a hosszú időtartam és a beteg normális életbe való sikeres visszatérése, részben az esetleges mellékhatások miatt a betegek jelentős része (egyes becslések szerint akár fele) nem szedi kitarthatóan gyógyszerét. Ezért a gondozás egyik legfontosabb célja a jó terápiás adherencia elősegítése. A betegek tájékoztatása és a megfelelő ellenőrző vizsgálatok elvégzése, illetve a mellékhatás-menedzsment javítja

**2. TÁBLÁZAT.** Ellenőrző vizsgálatok adjuváns endokrin terápia alatt

GYÓGYSZER	PREMENOPAUA	MENOPAUA
Tamoxifen	DEXA 2-3 évente nőgyógyászat évente	nőgyógyászat évente
GnRH/LHRH analóg	DEXA	–
Aromatázgátló	DEXA két évente	DEXA két évente

az eredményeket. A 2. táblázatban a különféle kezelések esetében javasolt ellenőrző vizsgálatokat tüntettük fel [1–5].

Akár a kemoterápia-indukált amenorrhoea kapcsán, akár a GNRH-analógok miatt menopauzás tünetcsoport jelentkezhet, hőhullám, labilitás, szexuális panaszok (libidócsökkenés, hüvelyi szárazság) formájában, amelyeket ront aromatázgátló alkalmazása [1–5, 16–18]. Utóbbi androgén típusú alopeciával is járhat. A tamoxifen inkább hüvelyi folyást és súlynövekedést okozhat. A hőhullám csökkentésére gabapentin, SSRE, életmód-változtatás megpróbálható, a szexuális panaszok csökkentésére lokális kezelés jön szóba. Hormonpótlás, akár ösztrogéntartalmú vaginális krém alkalmazása is elenjavallt. Ízületi vagy izompanaszok (főképp aromatázgátló kezelés esetén gyakori) esetén reumatológiai kezelések alkalmazhatók [1–5, 13–18].

### SPECIÁLIS ASPEKTUSOK: GENETIKAI RIZIKÓ, TERHESSÉGVÁLLALÁS

Mindkét kérdés felmerülésekor nagy óvatosság és tapintat szükséges a megbeszélés során. A betegnek megfelelően sok idő szükséges a döntéshez [1–5, 19].

Veszélytett (genetikai) emlőrákhajlam akkor merül fel, ha a betegnek bilaterális és/vagy fiatalkori (<50 év) emlőrákja van, volt már petefészekrákja is, pozitív a családi anamnézise (minimum 2 elsőfokú vagy másodfokú rokonnál emlőrák, petefészekrák, férfi emlőrák, vastagbélrák vagy endometriumrák előfordult), vagy <60 éves beteg tripla-negatív emlőrákkal. Ilyenkor gondos anamnézis szükséges a családi háttér tisztázására, és indokolt esetben, amennyiben a beteg is óhajtja, genetikai tanácsadó központba irányítható [1–5, 19, 20].

A terhességvállalás kérdése függ a relapszusrizikótól, annak időbeni alakulásától, továbbá az alkalmazott kezelések mibenlététől és időpontjától. A megbeszélés folyamán érdemes kipuhatolni, a beteg reálisan látja-e betegségét, és szükség esetén objektíven tájékoztatni helyzetéről. Nincs

olyan adat, miszerint a terhességvállalás önmagában hátrányos volna a gyógyulás, a betegség kiújulása szempontjából. A kemoterápia következtében rövidebb-hosszabb ideig infertilitás alakulhat ki, melynek egyik oka, hogy a hormontermelés csökken. Az életkorral a kemoterápia utáni regenerációs képesség, a fertilitás visszatérésének esélye romlik. Infertilitás esetén a beteg megfelelő szakemberhez irányítandó. A kemoterápia genotoxikus hatása miatt legalább 3 év várakozás szükséges a kemoterápia után. A hormonterápiák befejezése, felfüggesztése szükséges a sikeres terhességvállalás érdekében; amennyiben tamoxifent kapott a beteg, 3 hónap latencia szükséges a teherbeesés előtt a gyógyszer lassú kiürülése miatt (18–20).

### REHABILITÁCIÓ – HOLISZTIKUS SZEMLÉLETTEL

A rehabilitáció WHO szerinti általános és hivatalos definíciója (1980): „A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amelyre egészségükben, testi és/vagy szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Orvosi, pedagógiai, szociális és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összessége, melynek célja, hogy a rehabilitált egyén boldog és lehetőleg teljes értékű polgára legyen a társadalomnak. A rehabilitáció társadalmi feladat.”

A rehabilitáció szó eredeti jelentése a jó hír, a becsület elvesztése-helyreállítása, elégtétel – az orvosnak, illetve az ellátó közösségnek ebben a fogalomkörben a beteg önbecsülésének helyreállításában kell segédkezet nyújtania, a betegséggel járó veszteségeket kell csökkentenie (21–26).

Az emlőrákos beteg rehabilitációja a diagnózis közlésének időpontjában kezdődik meg, akár operált/korai stádiumról van szó, és kuratív kezeléseket kap/kapott, akár előrehaladott/áttétes emlőrákról van szó, és folyamatos kezelésekre és intenzív ellenőrzésre szorul. A rehabilitáció teljes körű (testi, lelki, szociális), és terv szerint, koncepcionálisan történik, nem ad hoc. Természetesen a rehabilitáció igazodik a betegség prognózisához, mely a prognosztikai tényezők alapján becsülhető. A megváltozott fizikai állapot, a lelki problémák közismertek, ezek megjelenésekor, felismerésekor a beteg megfelelő szakterület szakemberéhez (fizioterápia, rekonstrukciós sebészet, pszichoonkológia, szociális munkás stb.) történő irányítása az onkológus feladata. Az onkológus feladata itt a tünetek megelőzése, felismerése és a megfelelő szakemberhez irányítás. A rehabilitációhoz fontos a betegség „stigma” jellegének elkerülése, a vizsgálatok, kezelések, követés fontosságának hangsúlyozása mellett annak elérése, hogy ne a betegség álljon a beteg életének középpontjában, ne ez legyen minden cél és tevékenység meghatározója. A beteg egészségesekhez történő visszailleszkedéséhez hasznos az átfogó életvezetési tanácsadás, melyet az onkológusnak kell vállalnia. A hatékony rehabilitációhoz fontos, hogy reális célokat tűzzünk ki, és a beteg testi-lelki egészét, harmóniáját vegyük figyelembe. A hatékony rehabilitáció feltétele, hogy a testi-lelki, illetve szociális szférák szakemberei

csapatmunkában tevékenykedve álljanak szükség esetén rendelkezésre, illetve nyújtsanak a rehabilitáció valamennyi aspektusában segítséget. A rehabilitáció különféle formáit a beteg általában az őt ellátó, kezelő vagy gondozó személyzet kezdeményezésére kapja meg (21, 25, 26).

### SZOCIÁLIS REHABILITÁCIÓ

#### Onkológiai szociális munka

A szociális munka az alkalmazott társadalomtudományok közé sorolt segítő tevékenység, mely elősegíti a társadalmi fejlődést, az egyének, csoportok, közösségek működésének javítását, problémáinak megoldását (27, 28). A kórházi szociális munka a betegek és családjuk szociális problémáinak megoldásához nyújt segítséget.

Az onkológiai ellátásban a szociális munkás jelenlétét a változó társadalmi szükségletek hívták életre:

- az egészségügyi állapot szociális dimenziójának jelentősége (WHO háromdimenziós egészségfogalom),
- a betegségek kialakulásában szerepet játszanak a szociális tényezők, életmód, magatartási rizikófaktorok,
- a betegségek multikauzális eredetűek,
- a krónikus betegségek száma nő,
- átalakulóban van a hagyományos orvos-beteg kapcsolat, a szakértő-laikus viszony kerül előtérbe; feltétele, hogy a beteg aktív részese legyen a gyógyítási folyamatnak,
- társadalmi változások következményei: munkanélküliség, szegénység tömegessé válása, hajléktalanság; az esélyegyenlőség szűkülő lehetőségei,
- a szociálpolitikai és egészségügyi infrastruktúra hiányosságai: pl. ápolási osztály, krónikus betegek elhelyezésének és a pénzbeli ellátások szűkössége.

#### Szociális rehabilitáció

Szociális rehabilitáció alatt a közösségbe történő tényleges beilleszkedés folyamatát értjük, amelynek kritériuma a megfelelő társas kapcsolatok megléte, viszonylagos anyagi, gazdasági önállóság, a létfeltételek biztosításának képessége. A rehabilitáció a diagnózis felállítását követően kezdődik, végig kell kísérnie a kezelést, majd az utókezelést is. Az onkológiai rehabilitáció mindig egyénre szabott (29, 30)

#### Emlődaganatos betegek szociális rehabilitációja

Az emlődaganat elsősorban nőket érintő onkológiai betegség. Társadalmunk hagyományos családmodellje megváltozott, minden második házasság válással végződik. A nők sok esetben családfenntartók, az egyszülős családok 86%-ában az anya neveli egyedül gyermekét. A hagyományosan családban élőkre is a „kétkeresős” modell jellemző, így ha a feleség/anya megbetegszik, kereseti kiesés terheli a családot.

Lehetséges feladatok, felmerülő problémák:

- Felmérni a beteg és családja szociális, gyakorlati és anyagi szükségleteit.

A betegség változásokat hoz a család életébe, ezekhez a családtagoknak alkalmazkodniuk kell és ezt az alkalmazkodást elősegíteni. Mindemellett figyelembe kell venni a pszichés és fizikai terhelhetőség korlátait, a szociális hátrányokat, a javak hiányát, hiszen előfordulhat, hogy a család nem tudja vállalni a beteg ápolását a lakhatás körülményei, a munkaviszony megtartása miatt, vagy a felkészültségét meghaladja a beteg ellátásának, ápolásának feladata. Az onkológiai betegség meglétekor a páciensek munkaviszonyának megtartása gyakran nem lehetséges a mellékhatások, a kezelési mód, a fizikai és pszichés megterhelés miatt. A beteget/klientet tájékoztatni kell, ha az eddigi munkáját nem tudja ellátni, milyen jövedelempótló támogatások illetik meg. Fontos, hogy a beteg/klients maga döntse el, hogy fizikailag és pszichésen képesnek érzi-e magát eddigi tevékenységének folytatására.

– Pénzbeli társadalombiztosítási ellátás formái:

**Táppénz.** A táppénzjogosultságnak három alapfeltétele van: fennálló biztosítási jogviszony, a keresőképtelen személy egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett, az orvos által megállapított és igazolt keresőképtelenség.

**Rokkantsági ellátás.** Az a személy jogosult, akinek az egészségi állapota a komplex minősítés alapján 60%-os vagy kisebb mértékű, és aki a kérelem benyújtását megelőzően meghatározott biztosítási idővel rendelkezik.

**Rehabilitációs ellátás.** A jogosultság alapja a rehabilitációs hatóság komplex minősítése keretében megállapított rehabilitációs javaslata. A javaslattól függően a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációs ellátásban vagy rokkantsági ellátásban részesülhetnek, amennyiben az egyéb jogosultsági feltételek is fennállnak. Az igénylést a lakhely szerint illetékes Kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szervénél, illetve a lakhely szerinti regionális nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál lehet benyújtani. A rehabilitációs ellátás mértéke függ a jogosultságot megelőző évben elért havi átlagjövedelem nagyságától. Alapul az igénylést megelőző 180 nap jövedelmét veszik. Az ellátás mértékét befolyásolja továbbá az egészségi állapot is, amelyet a rehabilitációs szerv állapít meg komplex vizsgálat során. A sikeres rehabilitáció végeredményeként fontos a foglalkoztatási rehabilitáció. A foglalkoztatási rehabilitáció a munkaviszonyban lévő vagy addig munkaviszonyban volt, betegség vagy baleset révén megváltozott munkaképességű személyek gyógyulás utáni, egészségi alkalmasságuknak megfelelő munkába helyezése. A kliens/beteg számára visszaadja az önmegvalósítás, önbecsülés lehetőségét, hasznosnak, értékesnek érzi magát.

**Pénzbeli szociális ellátások (önkormányzati segély):** egészségkárosodási támogatás, lakásfenntartási támogatás, adósságkezelési szolgáltatás, ápolási díj. Ez 2015. március 1-jétől a helyi önkormányzatok feladata és felelőssége, a járási hivatalok állapítják meg, figyelembe véve a családban egy főre jutó jövedelmet.

**Természetbeni szociális ellátás: közgyógyellátás.** Alanyi és normatív jogcímen állapítható meg. Alanyi közgyógyel-

látásra jogosult az, aki rokkantsági járadékban részesül, aki rokkantsági ellátásban részesül és egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján nem haladja meg a 30%-os mértéket. A közgyógyellátás iránti kérelmet a kérelmező lakcíme szerint illetékes járási hivatalnál, a kérelmező lakcíme szerint illetékes települési önkormányzat polgármesteri hivatalánál, valamint a kormányablaknál lehet benyújtani.

A szociális munkás feladata a betegek egyéni szociális szükségleteinek közvetítése, így:

- személyes gondoskodást nyújtó ellátás elindítása (hatékonytársa csökkentése az önkormányzati fenntartású szociális otthonok túlterheltsége, rehabilitációs osztályok hiánya),
- hajléktalanellátás közvetítése,
- támogató szervezetekkel való kapcsolattartás,
- információszolgáltatás,
- jogsegély közvetítése,
- kapcsolattartás más intézményrendszerekkel: család gondozás, gyermekjóléti szolgálat, társadalombiztosító, háziorvos, önkormányzat.

Problémaként merülhet fel a beteg otthoni ellátása, ha a család nem tud megbirkózni a beteg ellátásával, ápolásával. Ilyen esetekben jöhet szóba a házi segítségnyújtás, házi otthonápolási szolgálat közvetítése.

A szociális munkásnak ismernie kell az onkológiai betegséghez, kezelésekhöz társuló pszichés folyamatokat, reakciókat, a depresszió és szorongás meglétét. Figyelembe kell venni a beteg személyiségét, megküzdési képességeit. E tulajdonságokat befolyásoló tényezők: értékrend, attitűdök, éniideál, stresszkezelő képesség, szocializáció, társadalmi tényezők, mint pl. anómia, munkahelyi, családi környezet, létbizonytalanság, illetve a nem ritka pszichés zavarok. A betegséggel való megküzdésben fontos tényező, hogy a beteg ne izolálódjon, családi, baráti kapcsolatainak fenntartásában támogassuk, hiszen ők jelentik a természetes támaszt a nehézségek közepette, a krízishelyzetekben.

## FIZIKAI REHABILITÁCIÓ

### Primer prevenció

A WHO felmérése alapján a fizikai inaktivitás világszerte a negyedik kiemelt kockázati tényező a napjainkban előforduló népbetegségekben. A teljes népesség mortalitásának 6%-át a mozgásszegény életmódra vezetik vissza, és az emlő- és vastagbélrák előfordulásában 21–25, a diabétesz esetében 27, míg az iszkémiás megbetegedések 30%-áért teszik felelőssé a mozgáshiányt. Ezért különösen fontos hangsúlyt helyezni a primer prevenció és a fizikai aktivitás kapcsolatára [1–6, 10, 22, 31]. Mindenekelőtt fontos definiálni a fizikai aktivitás fogalmát, típusait és ezek fiziológiás hatását szervezetünk működésére.

A fizikai aktivitás olyan, bármiféle izom-összehúzóással társuló, hely- vagy helyzetváltozással járó testmozgás, amely a nyugalmi szinthez képest magasabb energiarafordítást igényel. Az izometriás, valamint izotóniás excentrikus és

koncentrikus izomaktivitás egyaránt része lehet a fizikai aktivitásnak. A mindennapi tevékenységek, legyen az a háztartás körüli teendő, kerti munka, kutyasétáltatás vagy a foglalkozásból adódó fizikai aktivitás egyaránt magasabb energia-befektetést igényelnek. Természetesen ezek nem pótolják a rendszeres sport (futás, úszás, kerékpározás stb.), illetve szabadidős aktivitásokat (kirándulás, tánc, nordic walking, séta stb.), melyek komolyabb fizikai terhelést jelentenek.

A rendszeres testmozgás következtében szervezetünk olyan strukturális, funkcionális és fiziológiás változáson megy keresztül, melynek hatására számos betegség megelőzhető vagy késleltethető, illetve segíthet a felépülésben.

A rendszeres fizikai aktivitás pozitív hatásai:

- csökkenti a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát,
- segít a magas vérnyomás kialakulásának megelőzésében,
- növeli az aerob kapacitást, így a tüdő és a szív egyaránt magasabb teljesítményre képes,
- alacsonyabb a 2-es típusú diabétesz kockázata,
- a fokozott zsírégetés következtében csökkenti az obezitás kialakulását,
- bizonyos rákok (emlő, vastagbél, prosztata) kockázatát csökkenti,
- fiatal korban javul a csontok ásványianyag-ellátása, így csökkenti az időskori osteoporózis kialakulását és a csonttörések kockázatát,
- segíti az emésztési és ürítési folyamatokat,
- javítja az állóképességet, az izomerőt, az egyensúlyi és koordinációs adottságokat,
- csökkenti a mozgásszervi megbetegedések kialakulását,
- segít a mentális egyensúly megtartásában, a szellemi frissesség megőrzésében, a kognitív képességek fejlődésében, így csökken a depresszió és a demencia kialakulásának kockázata,
- jobb stressztűrő képességet eredményez, amely támogatja a pozitív önképet és az önbecsülést,
- késlelteti az időskori elesési kockázatot és az öregeddel járó krónikus betegségek kialakulását.

A fizikai aktivitás élettani hatását egyaránt befolyásolja a mozgás formája, intenzitása, időtartama és időzítése. A terhelés nagyságának mérésére a „Metabolic Equivalent of Task” (MET) fogalmát használjuk, mely az oxigénfogyasztás mérésén alapul. Egy nyugalmi, ülő helyzetben lévő, kb. 70 kg-os, 40 éves férfi 3,5 ml oxigént fogyaszt testsúlykilogrammonként, percenként. Ez 1 MET-nek felel meg. Ismerve a mozgásformák, fizikai aktivitások MET-értékét, könnyen összeállítható a kívánt heti terhelés. Az egészséges egyének számára a WHO javaslata alapján amerikai és európai ajánlás készült a testedzésre vonatkozóan. Ezt, valamint a különböző energiaszintű tevékenységek kategóriáit a 3. és 4. táblázatban foglaltuk össze.

Primer prevencióhoz javasolt szakemberek:

- testnevelő tanár,
- gyógytestnevelő,
- személyi edző,
- fitneszoktató,
- pilatetréner,
- rekreációs és rehabilitációs szakember,
- gyógytornász-fizioterapeuta, aki szakmai felkészültsége alapján javaslatot tesz az egyénre szabott optimális sport- és szabadidős tevékenységre.

### A gyógytorna-fizioterápia helye az emlődaganatos beteg perioperatív ellátásában

Tekintettel arra, hogy az emlőrák terápiájában a diagnózis és a stádium, valamint a prognosztikai faktor figyelembevételével prioritása van a sebészi intervenciónak, a gyógytornász-fizioterapeuta ideálisan az onkoteam tagjaként már bekapcsolódik az onkológiai kezelésbe (1–6, 10). Feltétele, hogy BSc vagy akár MSc végzettséggel, az onkológia területén szerzett tapasztalattal rendelkezzen, és legyen szoros szakmai kapcsolatban a sebésszel, onkológussal.

A beteg műtétre történő felkészítése és a korai posztoperatív időszak egyaránt feladatokat adnak a gyógytornásznak, és egyúttal hatással vannak az érintett későbbi életminőségére. A korai időszakban elkezdett mobilizálás és gyógytorna szignifikánsan csökkenti a funkciókárosodás, illetve a nyirokódéma kockázatát.

### 3. TÁBLÁZAT. Minimálisan ajánlott testedzés egészséges egyének számára

AMERIKAI JAVASLAT	EURÓPAI JAVASLAT
Legalább 150 perc/hét közepes intenzitású vagy 75 perc/hét élénk intenzitású aerobik testmozgás	Minimum 30 perc mérsékelt intenzitású testedzés a hét 5 napján vagy legalább 20 perc élénk intenzitású testedzés a hét 3 napján
A testedzésnek legalább 10 percig tartó részekből kellene állnia és kitartani a hét folyamán	Az aktivitás összegyűjthető legalább 10 perces egységekbe
További jótékony hatás érdekében a felnőtteknek 300 perc/hét közepes intenzitású, vagy 150 perc/hét élénk intenzitású aerobik testmozgásra kellene emelni aktivitásukat. A felnőtteknek mérsékelt vagy magas intenzitású izomerősítő tevékenységet is kellene végezniük 2 vagy több napon, minden főbb izomcsoport bevonásával	Izomerőt és állóképességet fejlesztő tevékenységeket kellene még végezni a hét 2-3 napján

Műtetre történő felkészítés:

- a strukturális és funkcionális állapot felmérése,
- mozgásszervi anamnézis és vizsgálat (az ízületek aktív és passzív mozgásának megítélésére „Range Of Motion, ROM” vizsgálat),
- társbetegségek felmérése,
- tájékoztatás és néhány gyakorlat betanítása, mely segíti a korai mobilizálást,
- trombózisprofilaxis, vénás torna és a fásli használatának betanítása,
- tájékoztatás az esetenként fellépő nyiroködéma tüneteiről, illetve megelőzéséről,
- segédeszköz (optimális protézis, kötés stb.) szükségességének, használatának felmérése,
- a mozgás és a fizikai aktivitás szerepének ismertetése a beteggel a gyógyulási és rehabilitációs folyamatban.

Korai posztoperatív teendők:

- pozicionálás a műtét típusától függően,
- korai mobilizálás, a cél minél hamarabb elérni a vertikális testhelyzetet (ülés, állás, járás),
- korai légzőtorna, a mellkas mobilizálása, mely segít a légúti szövődmények megelőzésében,
- a vénás torna, illetve a felkelés előtt felhelyezett rugalmas pólya vagy kompressziós harisnya csökkenti a trombózis kockázatát,
- az érintett oldali felső végtag passzív, asszisztált, majd aktív mozgatása,
- kontraktúramegelőzés,

- gerincstabilizálás és mobilizálás,
- a megváltozott testkép által okozott kóros izomegyensúly helyreállítása,
- felkészítés a komplex mozgásprogramra, minél hamarabb integrálni kiscsoportos foglalkozásra,
- önellátási funkciók visszanyerése (az önállóság mérése a fizikai és kognitív kapacitás alapján a „Functional Independence Measure, FIM” skála szerint történik).

Ez az időszak néhány napig tart, de emlő-helyreállító műtéteknél ennél lényegesen hosszabb időt is igénybe vehet.

A kórházi elbocsátást megelőzően lehetőség szerint integrálni kell a beteget olyan, a rehabilitációt segítő csoportba, ahol szakember, lehetőség szerint gyógytornász irányításával rendszeres mozgásprogramban vesz részt. Amennyiben ez nem elérhető, akkor olyan gyakorlatokat szükséges összeállítani, melyeket a beteg otthonában önállóan is tud végezni, illetve javaslatot kell tenni sport- és egyéb szabadidős tevékenységre.

Tekintettel arra, hogy a műtétet követően az onkológiai kezelések (sugár- és/vagy kemoterápia, hormonterápia stb.) is jelentősen igénybe veszik a szervezetet, nélkülözhetetlen a rendszeres fizikai aktivitás a daganat és az onkoterápia mellékhatásainak csökkentése, illetve a jó életminőség érdekében.

A fizikai edzés élettani hatása:

- a mozgás aktiválja a daganatsejtek pusztításában szerepet játszó természetes ölfegyvereket (NK-sejtek),
- csökkenti a szervezet bakteriális fertőzésekkel szembeni érzékenységét,

#### 4. TÁBLÁZAT. Válogatott mozgásformák hozzávetőleges energiaszükséglete

KATEGÓRIA	ÖNELLÁTÁS	FOGLALKOZÁSSAL KAPCSOLATOS	SPORT	FIZIKAI KONDITIONÁLÁS
Nagyon könnyű 3 MET	mosakodás, borotválkozás, mosogatás, öltözködés, írás, autóvezetés, asztali munka	ülő (hivatal) vagy álló (kiszolgáló) munkák, teherautó-vezetés, daru működtetése	biliárd, golf, jászat, csónakázás, lassú tánc	3 km/h séta, tréningkerékpár nagyon alacsony ellenállással, nagyon könnyű torna
Könnyű 3–5 MET	ablaktisztítás, levélgereblyezés, gyomlálás, sarlózás, gépi fűnyírás, festés, 7–15 kg tárgyak cipelése	könnyű tárgyak polcra rakása, könnyű hegesztés, könnyű ácsolás, gépszerelés, autójavítás, képek felrakása, tapétázás	tánc, golf (sétáló), vitorlázás, röplabda, páros tenisz, lovaglás	4,5–6 km/h séta, 9–12 km/óra kerékpározás, könnyű torna
Mérsékelt 5–7 MET	könnyű ásás, kézi szintező fűnyírás, lépcsőjárás lassan, 15–30 kg tárgyak cipelése	könnyű ácsolás, személtlapátolás, pneumatikus eszközök használata	tollaslabda, egyes tenisz, sielés (lesiklás), könnyű hátizsák cipelése, kosárlabda, foci, korcsolya, galoppozás	6,5–7,5 km/h séta, 9–12 km/h kerékpározás, mellúszás
Nehéz 7–9 MET	fafűrészelés, nehéz lapátolás, lépcsőzés korlátozott sebességgel, 30–45 kg teher cipelése	kemence-, kazántüzelés, árokásás, csákányozás, lapátolás	kenu, rögbi, hegymászás, vívás	kocogás, gyorsúszás, kerékpározás 18 km/h, nehéz torna, evezőgéppel való edzés
Nagyon nehéz 9 MET	teher lépcsőn való felcipelése, 45 kg feletti teher cipelése, gyors lépcsőzés, nehéz hólapátolás	favágás, nehéz fizikai munka	kézilabda, faltenisz, sielés (túra), intenzív kosárlabdázás	>9 km/h futás, >18 km/h kerékpározás vagy dombon felfelé, kötélugrás

- támogatja a testsúlykontrollt,
- megakadályozza a kardiorespiratorikus állóképesség romlását, mely akár kardiotoxikus daganatellenes kezelések mellékhatásaként is megjelenhet,
- segít az izomtömeg visszanyerésében, csökkenti a betegség és a kezelések miatti szarkopénia kialakulását,
- csökkenti a tromboembóliás szövődmények kockázatát, amelyek a daganat, a társbetegségek, illetve a sugár- és kemoterápiák következtében 7-szer gyakrabban fordulnak elő; a trombózis megelőzésének szempontjait tehát nemcsak a műtétet követő időszakban, hanem utána is fontos figyelembe venni,
- segíti a kóros mozgásminták korrigálását, fejleszti a koordinációs és egyensúlymegtartó képességet, mely a kemoterápiák által okozott polineuropátia gyakori következménye,
- csökkenti a fáradékonyságot,
- csökkenti a csont-, izom-, ízületi fájdalommal és merevséggel társuló muszkuloszkeletális szindróma tüneteit,
- javítja a csont-ásványianyag-tartalmát, mely a hormon- és kemoterápiák miatti csontvesztés miatt fontos, így csökken a csonttörés kockázata,
- segít a pozitív önértékelésben, csökkenti a distressz hatásait, a szorongást, félelmet, fájdalmat és pozitív öngyógyító folyamatokat indít be,
- csökkenti a kognitív funkciók hanyatlását, lassítja az öregedési folyamatot,
- csökkenti a nyiroködéma kialakulásának kockázatát.

#### Edzésformák:

Az *aerob vagy kardiotréning* a vázizomzat nagy izomcsoportjainak folyamatos vagy intermittáló, 20-50 percen át tartó erőteljes edzése. A mozgás során a szervezet képes arra, hogy a megfelelő mennyiségű oxigénnel lássa el az izmokat, így a tréning végén nincs oxigénadósság. Ez a mozgásforma elsősorban az állóképességet fejleszti és a kardiorespiratorikus rendszer kapacitását növeli. A mozgás intenzitását a pulzusszámmal mérhetjük le, melynek célértékét egyénileg kell meghatározni. Az aerob edzés bevezető, intenzív (folyamatos vagy intermittáló) és levezető szakaszokból áll. Ide tartoznak többek között a gyaloglás, a nordic walking, a futás, az úszás, a kerékpározás, a lépcsőzés és a labdasportok stb.

Az *anaerob vagy rezisztenciátréning* esetén a szervezet az izmokban lévő glükózt égeti, a mozgás során oxigénadósság keletkezik. Ezek jellemzően rövid ideig tartó, nagy intenzitású, nagy erőfelfejtéssel járó, kifulladásig tartó gyakorlatok, melyek között a légszomj miatt pihenési szakasz van. Segít az izomsorvadás és az oszteoporózis megelőzésében. Ide tartoznak pl. a súlyozás, a futás sprintszakasza.

Vannak mozgástípusok, melyek az előző két edzésforma egyikébe sem sorolhatók. Ilyenek például a légzőgyakorlatok, a proprioceptív tréning, a jóga, a „stretching”, melyek a hipertónus és spasztikus miofasciális képletek oldásában segítenek, növelik az ízületek mozgásterjedelmét, illetve a gerinc mobilitása mellett annak stabilitását is, segítik

a motoros kontrollt és a koordinációt, valamint csökkentik a distressz okozta tónusos izomfeszülést.

A különböző mozgásformák nem helyettesítik egymást, az egyénre szabott tréning meghatározása gyógytornász feladata.

#### Nyiroködéma

Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben az őrszemnyirok-csomó vizsgálatának általános elterjedése és a betegképzés jelentősen csökkentette a felső végtagi nyiroködéma kialakulását, fontos tudni, hogy valamennyi emlődaganatos beteg, akinél műtét és kemo-, illetve sugárterápia zajlott le, potenciálisan nyiroködémás betegnek tekinthető. Ezért kerülni kell minden olyan beavatkozást, valamint fizio- és fizioterápiás eljárást, mely jelentős hiperémiát okoz az érintett oldali felső végtagon. (A vérnyomásmérés, vérvétel, esetleg intravénás kezelés káros hatása nem igazolt, inkább vélekedés miatt sokan félnek tőle; ez sajnálatos szorongást kelthet a betegben.) A betegek felvilágosítása, a rendszeresen végzett mozgásterápia, valamint szükség esetén a kézi nyirokdrenázs („Manual Lymphdrainage”, MLD) támogatja az onkológiai beavatkozások miatt sérült nyirokrendszer működését, csökkenti az ödéma progresszióját. Figyelembe véve, hogy az MLD serkenti a nyirokrendszer aktivitását, csak az onkoteam javaslatával kezdhető el a kezelés, mivel akár kockázatot is jelenthet a betegnek. A nyirokdrenaszt az onkológiai területen jártas gyógytornász-nyirokterapeuta végezheti [1-5, 7, 8, 32].

A komplex nyirokterápiához hozzátartozik még a kompressziós kezelés, mely kötés, harisnya és gépi kompresszió egyaránt lehetséges. Fontos tudni, hogy ezek használata nem opcionális.

#### Kompressziós kötés:

- kizárólag rövid megnyúlású, magas munkanyomású pólya használata javasolt,
- a több rétegben felhelyezett rugalmas kötésnek centrális irányba haladva egyenletesen csökkenő nyomással kell rendelkeznie (100-70%),
- a MLD-t követően szükséges felhelyezni, egészen a nap végéig, de legalább addig, amíg izomaktivitás van,
- a kompressziós kötés a komplex kezelés részeként segíti a nyiroködéma kiürülését.

#### Kompressziós harisnya:

- feladata az ödémamentes állapot megtartása,
- bizonyos esetekben preventív célból használható.

#### Gépi kompresszió:

- használata nem elengedhetetlen, és mindenféleképpen csak kiegészítő eljárás,
- szigorúan tilos MLD-terápia nélkül alkalmazni.

A korai mobilizáció és az aktív mozgásprogram (heti 3x30-50 perc), kiegészítve az MLD-terápiával szignifikánsan csökkenti a nyiroködéma kialakulását, progresszióját.



## Összegzés

A gyógytorna, a fizikai aktivitás szerves része az integratív onkológiának. Rövid és hosszú távú jótékony hatása ma már evidencia, és nem pótolja más terápia. Ugyanakkor a nem megfelelően összeállított és az egyén állapotát, adottságait figyelmen kívül hagyó edzések sok veszélyt hordozhatnak, ezért feltétlenül szükséges az onkológia területén jártas gyógytornász irányítására támaszkodni, aki egyben szoros kapcsolatban van a beteg onkológusával, kezelőorvosával.

## PSZICHOSZOCIÁLIS GONDOZÁS ÉS REHABILITÁCIÓ

Az emlő rosszindulatú daganatos megbetegedésének esetében világszerte elfogadott, hogy a pszichoszociális gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció a komplex onkológiai ellátás integrált részeként történjen [33].

Az emlőrákkal diagnosztizált betegek pszichoszociális gondozásának és rehabilitációjának tervezete az onkopszichológia általános irányelvét alapvetőnek tekintve (lelki, érzelmi gondozás, szorongás, halálfélelem csökkentése,

5. TÁBLÁZAT. Az emlőrákos betegek általános pszichoszociális problémái, tünetei

A BETEGSÉG LEFOLYÁSÁNAK SZAKASZA	LEHETÉGES PSZICHOLÓGIAI/PSZICHIÁTRIAI TÜNETEK
Onkológiai szűrővizsgálatok	Szorongás, kommunikációs és compliance-zavar, társadalmi stigmatizációtól való félelem, egészségsszorongás, negligencia, pozitív családi anamnézis okozta félelmek, halogató magatartás
Kivizsgálás (laboratóriumi vizsgálatok, szövettani mintavétel, fájdalmas-kellemetlen vizsgálatok, beavatkozások (mammográfia, biopszia stb.))	Fokozott szorongás a testi integritás „áttörésétől”, félelem a fájdalomtól, betegszereptől, az autonómia elvesztésétől. Proxémiai tényezők szerepe: gyakori behatolás az intimszférába (esetleg több orvos belépése a folyamatba), depersonalizáció érzete. Biztonságérzet elvesztése, krónikus stressz (hosszas várakozás). Szorongás növekedése a gyors súlyvesztés miatt
Diagnózisközlés, felkészítés sebészeti beavatkozásokra, kezelés megbeszélése	A rákdiagnózis gyakran pszichotraumát jelent a beteg számára, lelki krízist indukál. A diagnózisközlésre adott leggyakoribb félelmek (haláltól, autonómia elvesztésétől, fájdalomtól stb.) szorongásos és depresszív zavarok (pl. poszttraumás stressz zavar), kognitív funkciózavarok (pl. gondolkodás és figyelem beszűkülése) mellett kiemelendők a témaspecifikus problémák: testsémaváltozás, önértékelési problémák, kapcsolati és szexuális problémák
Onkoterápia (sebészi beavatkozások, kemo-, sugár-, hormonterápia)	Általában a fizikai és lelki megterhelés miatt fokozódó kommunikációs zavarok (beteg-orvos és beteg-hozzátartozó között), frusztráltság, alkalmazkodási nehézségek, halálfélelem, belső/külső testkép zavara, depresszív tünetek (egészség elvesztése miatt, de biológiai/központi idegrendszeri alapú is lehet), szorongás, pszichoszomatikus tünetek, PTSD, kapcsolati-szexuális problémák, pszichogén mellékhatások jelentkezése és/vagy fennmaradása, a kezeléshez való irreális ragaszkodás vagy épp annak elutasítása. A kemoterápiára, illetve azok mellékhatásaira adott pszichés reakciók ellátásában az általános onkopszichológiai irányelv érvényes. Kiemelendő, hogy kemoterápiás kezelést követően késői pszichés szövődmények is jelentkezhetnek: koncentrációs és beilleszkedési zavarok, tanulási zavarok gyakoriak (20–50%), enyhe IQ-csökkenés (de többnyire normális tartományon belül marad). Nem agytmomos betegeknél enyhe EEG-eltérések, paresztéziák kb. 20%-ban fordulnak elő. A kemo- és sugárkezelések következtében változások léphetnek fel a szexuális életben, a családi feladatmegosztásban, a családi rendszer átrendeződhet, mely párkapcsolati problémákhoz vezethet. A kezeléseket gyakran kíséri megemelkedett distressz-szint (alvászavar, nyugtalanság, hangulati ingadozás, szorongás, depresszív hangulat, depresszió stb.), állandósuló fáradtságérzet, melyek az adott beteg számára nehezen elviselhetők, és az életminőségre negatív hatással vannak. A rendszeres vagy tartós kórházi kezeléseket követően hospitalizáció alakulhat ki. A fokozott fizikai és lelki megterhelés következtében a premorbid pszichiátriai problémák felerősödhetnek vagy dekompenzálódhatnak, ezért kiemelt figyelmet kell fordítani a korábban diagnosztizált vagy a pszichiátriát eddig elkerülő, de valamilyen komorbid pszichiátriai zavarral küzdő személyekre (szűrés jelentősége!). Minden kezelési formában anticipátoros szorongásos tünetek fordulhatnak elő, valamint gyászreakció (egészség, önállóság stb. elvesztése miatt), és anticipált gyász jelenhet meg
Tartós tünetmentesség időszaka	Alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott pszichogén mellékhatások fennmaradása, kognitív zavar, krónikus fáradtság, Damoklesz kardja szindróma, poszttraumás stressz betegség, szenvedélybetegség kialakulása, felerősödése, biztonságérzet elvesztése, pszichoszomatikus tünetek jelentkezése és fennmaradása, depresszió, hangulatzavar, szorongásos zavar (pánik-zavar, hipochondria, karcinofóbia), szuicídium veszélye
Visszaesés, palliatív kezelés	Az általános onkopszichológiai irányelvben foglaltakkal megegyezően: érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem, alkalmazkodási/megküzdési nehézségek
Terminális állapot	Az általános onkopszichológiai irányelvben foglaltakkal megegyezően: elutasítás, alkudozás, szorongás, depresszió, halálfélelem, belenyugvás

életminőség javítása, család támogatása stb.) az emlődagatanatos betegek pszichoszociális ellátásának specifikumait kívánja röviden összegezni. A jelen tervezet érint minden olyan pszichológust, klinikai szakpszichológust, pszichoterapeutát, pszichiátert és szociális munkást, aki aktív orvosi kezelést nyújtó onkológiai centrumban, onkológiai osztályon/ambulancián vagy rákbetegek és hozzátartozóik számára létrehozott krízis- vagy támaszadó központban tevékenykedik. Az intervencióknak illeszkedniük kell az onkológiai kezelésekhöz és a beteg aktuális állapotához, ezért szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos és a pszichoszociális ellátást végző szakember között (1–5, 11–13). Az emlőrákkal diagnosztizált személynek a betegség egész folyamatában szüksége lehet pszichoszociális támogatásra, kezelésre.

A főbb krízispontok lehetnek:

- diagnózis időszaka,
- halálfélelem megjelenése,
- sebészeti beavatkozások, maszektómia,
- szembesülés a kezelésekkel terheivel (mellékhatások),
- életmódváltozás,
- egzisztenciális problémák,
- problémák az identitásban (nőiség, nőiesség, anyaság),
- partnerkapcsolati és szexuális problémák,
- testsémaváltozás,
- emlőrekonstrukció kérdése,
- visszagyógyulás az életbe,
- betegség kiújulásától való félelmek,
- betegség kiújulása,
- betegség súlyosbodása,
- haldoklás, halál,
- család pszichoszociális problémáinak kezelése.

Az emlőrákos betegek általános pszichoszociális problémáit és tüneteit az 5. táblázatban foglaljuk össze. A felsorolt pszichológiai tünetek az adott szakaszban a legjellemzőbbek, de más stádiumban is előfordulhatnak.

Az emlőrákkal diagnosztizáltak pszichés gondozása során adekvátan alkalmazható a pszichoedukáció, krízisintervenció, pszichológiai tanácsadás, szupportív-expresszív pszichoterápia, MBCR („mindfulness-based cancer recovery”) program, relaxáció, autogén tréning, illetve az ellátást nyújtó szakember képezésének, jártasságának megfelelően egyéb egyéni és/vagy csoportos terápiás technikák. A terápiás ellátások meg-

választása során minden esetben fontos a beteg testi/lelki állapotának felmérése, ismerete (daganatstádium, szövettani típus, életkor, rizikófaktorok jelenléte, szociális támogatottság mértéke, életkörülmények, premorbid személyiség, társuló betegségek, korábbi életesemények stb.), és az ellátásnak az onkológiai kezelésekhöz történő körültekintő és rugalmas illesztése (33, 34).

A pszichoonkológiai szűrés eszközei:

- hangulati állapot felmérése és rögzítése: BDI, Zung, HADS (35),
- szorongás felmérése: STAI, HADS (a kérdőívek a pszichés obszerváció és állapotkövetés eszközei is lehetnek),
- gyors szűrésre alkalmas a Distress Thermometer, mely 10-es skálán méri a beteg által jelzett distressz mértékét (5 fölött támogatást igényel),
- problémalista az aktuális pszichoszociális és spirituális nehézségek feltárásával segít a személyre szabott támogatás megtervezésében.

A pszichoonkológiai intervenció lehetőségei:

- diagnózis közlése: pszichodiagnosztika, pszichoszociális szűrés, tanácsadás, pszichoterápia,
- kezelés megkezdése: pszichoedukáció, distressz csökkentése, szupportív terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, párterápia, életvezetési tanácsadás,
- kezelés befejezése, gyógyulás: verbális és nonverbális pszichoterápiák,
- kezelés befejezése, állapotromlás: preventív lelki gondozás, krízisintervenció, családtagok támogatása, tanácsadás, támogató pszichoterápiák,
- halál, haldoklás: krízisintervenció, pszichoterápiába ágyazott gyászfeldolgozás, gyászcsoporthoz, önszorgató gyászcsoporthoz.

A daganatos betegek lelki támogatásának szakmai feltételei:

- multidiszciplináris összetételű, flexibilis onkológiai team a beteg szükségleteinek megfelelően, folyamatos kommunikáció az érintettek között,
- megfelelő tárgyi környezet és munkaszervezés, onkopszichológiai képzés/továbbképzés elérhetősége,
- onkológiai team tagjaként működő pszichológus és pszichiáter, valamint szociális munkás alkalmazása.

## IRODALOM

1. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol* 34:611–635, 2016
2. Gradishar WJ, Anderson BO, Blair SL, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Breast Cancer Version 2.2015. 2015 National Comprehensive Cancer Network, Inc. NCCN.org. Accessed January 15, 2016
3. Khatcheressian JL, Hurler P, Bantug E, et al. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 31:961–965, 2013
4. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, et al. Prevention and management of chemotherapy induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 32:1941–1967, 2014
5. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–1619, 2014
6. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 62:242–274, 2012
7. Jakes AD, Twelves C. Breast cancer-related lymphoedema and venepuncture: a review and evidence-based recommendations. *Breast Cancer Res Treat* 154:455–461, 2015
8. Cheng CT, Deitch JM, Haines IE, et al. Do medical procedures in the arm increase the risk of lymphoedema after axillary surgery? A review. *ANZ J Surg* 84:510–514, 2014
9. Curigliano G, Cardinale D, Suter T, et al. Cardiovascular toxicity induced by chemotherapy, targeted agents and radiotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 23:vii155–vii166, 2012
10. Bower JE, Bak K, Berger A, et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: An American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol* 32:1840–1850, 2014
11. Holland JC, Greenberg DB, Hughes MD, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress Management Version 2.2015. 2015 National Comprehensive Cancer Network, Inc. NCCN.org. Accessed April 1, 2015
12. Janelsins MC, Kohli S, Mohile SG, et al. An update on cancer- and chemotherapy-related cognitive dysfunction: Current status. *Semin Oncol* 38:431–438, 2011
13. Reid-Arndt SA, Yee A, Perry MC, et al. Cognitive and psychological factors associated with early posttreatment functional outcomes in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 27:415–434, 2009
14. Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, et al. Longitudinal assessment of cognitive changes associated with adjuvant treatment for breast cancer: Impact of age and cognitive reserve. *J Clin Oncol* 28:4434–4440, 2010
15. Von Ah D, Jansen C, Allen DH, et al. Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for cancer and cancer treatment-related cognitive impairment. *Clin J Oncol Nurs* 15:607–615, 2011
16. Kaplan M, Mahon S, Cope D, et al. Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for hot flashes resulting from cancer therapies. *Clin J Oncol Nurs* 15:149–157, 2011
17. Mazzaello S, Hutton B, Ibrahim MF, et al. Management of urogenital atrophy in breast cancer patients: A systematic review of available evidence from randomized trials. *Breast Cancer Res Treat* 152:1–8, 2015
18. Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncol* 50:187–193, 2011
19. Moyer VA. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 160:271–281, 2014
20. Partridge AH. Cancer survivorship and the young breast cancer patient: Addressing the important issues. *Oncologist* 18:e19–e20, 2013
21. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, et al. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: Syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer* 118(8 Suppl):2312–2324, 2012
22. van Londen G, Beckjord E, Dew M, et al. Breast cancer survivorship symptom management: Current perspective and future development. *Breast Cancer Manag* 2:71–81, 2013
23. Salani R, Andersen BL. Gynecologic care for breast cancer survivors: Assisting in the transition to wellness. *Am J Obstet Gynecol* 206:390–397, 2012
24. Henry LN, Hayes DF, Ramsey SD, et al. Promoting quality and evidence-based care in early-stage breast cancer follow-up. *J Natl Cancer Inst* 106:dju034, 2014
25. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 23:3322–3330, 2005
26. Snowden A, Young J, White C, et al. Evaluating holistic needs assessment in outpatient cancer care—a randomised controlled trial: the study protocol. *BMJ Open* 5:e006840, 2015
27. Mewes JC, Steuten LM, Groeneveld IF, et al. Return-to-work intervention for cancer survivors: budget impact and allocation of costs and returns in the Netherlands and six major EU-countries. *BMC Cancer* 15:899, 2015
28. de Boer AG, Taskila TK, Tammimga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD007569, 2015
29. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD010523, 2015
30. Casey PM, Faubion SS, MacLaughlin KL, et al. Caring for the breast cancer survivor's health and well-being. *World J Clin Oncol* 5:693–704, 2014
31. Irwin ML, Cartmel B, Gross CP, et al. Randomized exercise trial of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 33:1104–1111, 2015
32. Lacombe MT. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 340:b5396, 2010
33. Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology* 20: 677–680, 2011
34. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psychooncology* 15:93–95, 2006
35. Muszbek K, Szekely A, Balogh E, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 15:761–766, 2006