

PhD konferencia

**A Tudomány Napja tiszteletére rendezett konferencia
tanulmányaiból**

2008. november 10.

Szerkesztő

Kötél Emőke

Balassi Intézet Márton Áron Szakkollégium

Budapest 2009

Dégi L. Csaba

A daganatos betegségek pszichoszociális vetületeinek vizsgálata Erdélyben. A daganatos diagnózis

Szakirodalmi áttekintés

Daganatos diagnózis

Biológiai, pszicho-szociális, spirituális illetve egzisztenciális szempontból egyaránt krízisállapot a daganatos diagnózis megismerése, elfogadása, tudomásulvétele. Ezt a több szempontból is traumatikus élményt, állapotot, általában súlyosítja az a tény, hogy az érintettek 76%-a teljesen vagy részben váratlanul szembesül a daganatos diagnózissal. A leggyakoribb érzelmi válaszreakciók a sokk (54%) és a félelem (49%), amelyeket különösképpen a daganatos beteg premorbid személyiségvonásai, életútjának sajátosságai tovább terhelnek a betegséghez történő nem megfelelő alkalmazkodás irányába.¹ A sokk időszaka testi, érzelmi és kognitív-motivációs kiüresedést és/vagy kontrollálhatatlanságot jelent, és ez az állapot annál hosszabb lehet, minél váratlanabb a veszteség.² A diagnózis megismerését követően a sokkos lelkiállapottal együtt gyakran alakul ki a halálfélelem, a függetlenség-kontrollálási képesség elvesztésének aggodalma, a testi integritás sérülésétől illetve a fájdalomtól való félelem, amelyek olyan tudattalan egovédő mechanizmusok átmeneti aktivizálódását vonják maguk után, mint a projektív identifikáció, a tagadás, a pszichés regresszió, az elfojtás, a racionalizálás vagy a deperszonalizáció.³

A daganatos betegség tényének feltárására, megismerésére irányuló tudatos és tudattalan reakciókat természetesen befolyásolja a beteg életkora, szocio-öko-kulturális helyzete, illetve főképpen a krónikus stresszel, konfliktusokkal való megküzdési tapasztalata és képessége. A megbirkózási stratégiák három alapvető formáját ismerjük: a problémaelemző, az érzelmi illetve a támogatást kereső coping. A többváltozós statisztikai elemzések bizonyították a megküzdő coping és az elkerülő coping egészségvédő, protektív hatását, illetve a fatalista, szorongó, önfeladó coping kockázatt növelő hatását, a daganatos betegségek kimenetele szempontjából.⁴

Az onkológiai megbetegedések, elsősorban a daganatos diagnózis kapcsán rendkívüli mértékben fontos kockázati hatást képvisel a depressziós tünetegyüttes. Nemzetközi és hazai onkopszichológiai kutatások összegző adatai szerint a depresszió 1,5%-tól -

¹ Butow és mtsai, 1996; Riskó, 2006

² Kübler-Ross, 1988; Pilling, 2003

³ Riskó, 2006

⁴ Folkman és Lazarus, 1980; Kopp, 2006a

60%-ig érinti a daganatos betegeket, illetve a depresszió független egészségkárosító szerepét hangsúlyozzák.⁵ Mindazonáltal a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés eredményei alapján a depressziós daganatos férfiak és nők 33,9% illetve 29,5%-át nem kezelték depresszió miatt.⁶

Vizsgálatunkkal részben kapcsolódunk a fentiekben bemutatott elméleti és kutatási irányvonalakhoz, és ezekkel megegyezően elemezzük a daganatos diagnózis megismerésének hatásait. Sajátos célkitűzésünk a daganatos diagnózis nem-ismerésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezőinek a kutatása. Kutatásunkban választ keresünk arra a kérdésre is, hogy kockázatonövelő vagy védőszeressel bír a daganatos diagnózisközlés elmulasztása, amely abból az alaphelyzetből fogalmazódik meg, hogy általában az onkológiai betegség tényszerű ismerete traumatikus és anomias lelkiállapottal asszociálható, illetve a személyes tájékoztatást mellőző orvosok nagyrészt arra hivatkoznak, hogy a páciens számára ez elviselhetetlen, veszélyes lenne.

Információ - kommunikáció

A betegek diagnózisának közlése, daganatos betegségek esetében is, mindenekelőtt orvosi és etikai kérdés, döntés.⁷ Az 1960-as években az Amerikai Egyesült Államokban az orvosok 90%-a elhallgatta az onkológiai betegségekre vonatkozó tényeket, igazságot, míg kevesebb, mint két évtized múlva az amerikai orvosok 97%-a a páciensnek személyesen és nyíltan, őszintén beszélt a rákos megbetegedéséről.⁸ Az *Amerikai Kórházak Egyesülete* által, 1972-ben közzétett betegjogok sorában hangsúlyos szerepet kapott „a páciens személyes felelősségének és autonómiájának az elve”, amely akkor leginkább a hatalmi egyensúly-eltolódás kiegyenlítését jelentette az orvos-beteg kapcsolatban.

Az 1970-es illetve '80-as években Nyugat- és Észak-Európa országaiban is a hagyományos paternalisztikus orvosi viszonyulást a páciens-centrikus, együttműködésre és közös döntésre, felelősségvállalásra alapuló attitűd és gyakorlat váltotta fel. Ugyanakkor Közép-Keleten, Dél-Európában, illetve a világ más országaiban (pl. Japán, Szaúd-Arábia, Szingapur, Tanzánia, Tajván) a daganatos betegség közlésének „család-központú elvét” alkalmazták, a beteg legfőbb érdekében elmulasztották a személyes diagnózis-ismertetést, az orvos csak a páciens családtagjaival közölte a diagnózist⁹. Holland és munkatársai korábbi vizsgálata azt igazolta, hogy Dél- és Közép-Kelet Európában az orvosok kevesebb, mint 40%-a vállalta a daganatos diagnózis közlését, míg Észak-Európa országaiban ez az arány több mint 80% volt.¹⁰

⁵ Bailey és mtsai, 2005; Dégi, 2008; Massie, 2004

⁶ Dégi, 2008

⁷ Hegedűs, 1995, 1999; Pilling, 2004

⁸ Laine és Davidoff, 1996

⁹ Mystakidou és mtsai, 2004

¹⁰ Holland és mtsai, 1987

A kulturális értékek, sajátosságok illetve a daganatos diagnózis kapcsolata továbbra is egyértelműen megválaszolatlan, hiszen manapság Amerikában az onkológiai páciens tájékoztatása inkább egy kockázatkezelési eszköz, amely egyrészt megvédi az orvost a gondatlansági, orvosi műhiba perekétől, illetve másrészt biztonságot nyújt a betegnek az orvossal szemben – az amerikai szakirodalomban medikális, házasság előtti megállapodásnak nevezik.¹¹

További felmérések eredményei arra figyelmeztetnek, hogy az amerikai diagnózisközlési modell, az általánosan kötelező nyíltság, valóban hatékony az onkológiai páciensek többségénél, akik szeretnék megismerni minden részletet a betegségükről, kezelésükről, azonban az európai-amerikaiak, afro-amerikaiak, mexikói-amerikaiak és koreai-amerikai kisebbségek számára ez veszélyes, kulturálisan nem érzékeny gyakorlat.¹² Összefoglalva elmondható, hogy jelenleg a közép-kelet-európai régióban is gyakorolja az orvosok többsége a személyes daganatos diagnózisközlést, illetve az érintettek többsége szeretné ismerni a betegségét, a kezelési lehetőségeket, még akkor is, ha a „rák”, a „rosszindulatú daganat” kifejezéseket nehezen használjuk a halállal kapcsolatos kollektív jelentéstartalmuk miatt.¹³

Ennek egyik magyarázata lehet, hogy a daganatos betegségre vonatkozó információ ismerete pozitívan befolyásolja a betegséghöz történő alkalmazkodást,¹⁴ fokozza a reménységet és az együttműködést¹⁵, csökkenti a pszichológiai morbiditást¹⁶ és a fájdalmakat, illetve ezek életminőségre gyakorolt negatív hatását. A fájdalomkezelés hatékonysága és a daganatos diagnózis ismerete közötti kapcsolat valószínűsíthetően összefüggésben van a szorongás és a stressz csökkenésével.¹⁷

Továbbá a daganatos diagnózisközlés fentiekben bemutatott pozitív hatásai feltehetően inkább a páciens szubjektív minősítésével, illetve az orvos-beteg kapcsolat kommunikációs aspektusaival értelmezhetők.¹⁸ Fontos, hogy a daganatos páciensek a betegségre vonatkozó személyes tájékoztatást milyen szinten értelmezik ténszerűnek, érzelmileg támogatónak, esetleg mindkettőnek, ugyanis amennyiben az orvos túlnyomórészt faktuálisan, orvosi paraméterekben tájékoztat, akkor a beteg részvétele, bekapcsolódási lehetősége nagymértékben korlátozott, a tájékoztatási helyzettel való érzelmi elégedettsége középtávon csökken.¹⁹ Esbensen és munkatársai²⁰

¹¹ Dubler és Post, 1998

¹² Blackhall és mtsai, 1995

¹³ Riskó, 2006

¹⁴ Roberts és mtsai, 1994

¹⁵ Sardell és Trierweiler, 1993; Roter, 1989

¹⁶ Fallowfield, 1986

¹⁷ Lin, 1999

¹⁸ Varga és Tiringner, 2004

¹⁹ Butow, 1996

²⁰ Esbensen és mtsai, 2008

valamint Maynard²¹ szerint a daganatos páciens szempontjából fontos, hogy a diagnózis közlésekor az orvos megnyugtatóan, biztatóan, támogatóan legyen jelen, és ne csak biológiai, patológiai szempontból magyarázza a krónikus betegségi állapotot. Ford és munkatársai²² rávilágítottak arra, hogy a daganatos diagnózis közlésekor az orvosi kérdések megbeszélésének aránya 2,5-ször volt nagyobb az érzelmi, pszichológiai kérdésekhez, részletekhez viszonyítva, valamint, hogy a daganatos páciensek a beszélgetés során ritkán kérdezhettek, kezdeményezhettek. A daganatos betegségről történő tájékoztatás, valóban megszokott módon, nem terjed ki a pszichoszociális vonatkozások megbeszélésére; azonban legalább annyira igaz az is, hogy az onkológiai páciensek idegenkednek attól, hogy nem testi jellegű témákról beszélgessenek az orvossal, az lehet esetleg a meggyőződésük, hogy ez nem az orvos feladata.²³

Érdeemes lenne alaposan megvizsgálni, hogy a diagnózisra vonatkozó tájékoztatás mennyire fontos önmagában, mint információ és milyen mértékben járul hozzá a segítő, bizalmi kommunikáció kialakulásához. Az orvos hatékony kommunikációját számtalan tényező befolyásolja, de mindenekelőtt az, hogy milyen sajátos kommunikációs készségekkel rendelkezik, illetve az orvosképzés során mekkora fontosságot tulajdonítottak a kommunikációs, pszichológiai és etikai témáknak.²⁴ Hazai tapasztalatok szerint az orvosokat képzésük során nem készítjük fel eléggé a korszerű pszichológiai ismeretek, készségek átadásával az egész ember gyógyítására.²⁵

Az orvos kommunikációs készségei jelentősen befolyásolják a daganatos páciens alkalmazkodását a betegségéhez, a kontrollérzését, a szorongását, a depressziós tüneteinek számát, a reménységét és a döntésképeségét.²⁶ Az „elég jó” orvos-beteg kommunikáció mindenképpen időben, folyamatosan alakul és fejlődik, azonban a daganatos diagnózis közlésekor különösképpen tartalom-érzékeny, ugyanis a betegek ezáltal nemcsak az onkológiai betegségekkel szembesülnek, hanem egyúttal a köztudatban elterjedt előítéletekkel, stigmatizációval és halálfélelemekkel is.²⁷ A daganatos diagnózis megismerésének traumatizáló hatásával, az orvos-beteg kommunikáció hiányosságaival, illetve a betegséggel kapcsolatos negatív attitűdökkel is gyakran indokolják a közlés elmulasztását, illetve az öngyilkossági veszély miatt megszépítik a betegségi állapotról való tájékoztatást.²⁸

Vizsgálatunk alapvető célja feltárni azt, hogy a daganatos betegek mennyire ismerik onkológiai diagnózisukat, milyen jelentős különbségek vannak a diagnózisukat ismerő és nem-ismerő páciensek között, illetve, hogy mely demográfiai, orvosi, pszichológiai

21 Maynard, 2006

22 Ford és mtsai, 1996

23 Bakker és mtsai, 2001; Ryan és mtsai, 2005

24 Baile és mtsai, 1997; Fallowfield és Jenkins, 1999; Pilling, 2008

25 Riskó, 1999

26 Back és Curtis, 2002

27 Siminoff és mtsai, 2000

28 Horikawa és mtsai, 2000

és szociális háttértényezők segítségével lehetséges előre jelezni a diagnózis nem-ismerésének esélyét.

Vizsgált populáció és alkalmazott módszerek

Vizsgálatunkat a *Kolozsvári Onkológiai Intézetben* (148 kérdőív; 35,2%), a *Csikszere-dai Megyei Kórházban* (117 kérdőív; 27,9%), a *Marosvásárhelyi Onkológiai Intézetben* (71 kérdőív; 16,9%) és a *Gyergyószentmiklósi Kórházban* (84 kérdőív; 20%) végeztük.

Klinikai mintánkban 420 daganatos beteg van, 342 beteg rosszindulatú (malignus – 81,4%), és 78 beteg jóindulatú (benignus – 18,6%) onkológiai diagnózissal állott kezelés alatt az adatfelvételkor. A tumor lelohelye szerint vegyes, kevert vizsgálati csoportban, 80 mell/emlő (19,5%), 49 méhnyak (11,9%), 46 tüdő/hörgő (11,2%) és 43 vastagbél (10,5%) daganatos páciens van, illetve 46,9% a más kategóriába sorolható. A nemi hovatartozás szempontjából 238 daganatos nőt (56,7%) és 182 daganatos férfit (43,3%) interjúváltunk meg, akinek átlagéletkora 51,95 év (min. 17 – max. 89). A kérdőívcsomagban szereplő skálák, kérdések a következők voltak:

- Rövidített Beck Depresszió Kérdőív:²⁹ kilenc tételt tartalmaz, 0-3 pontozással (0=egyáltalán nem jellemző, 1=alig jellemző, 2=jellemző és 3=teljesen jellemző). Az értékek alapján (0=minimális és 60 maximális pontszám) eredetileg négy depresszió csoport létezik: nincs depresszió (0-9 pont), enyhe depresszió (10-18 pont), közepes depresszió (19-26 pont) és súlyos depresszió (26 pont fölött) (Cronbach alpha 0,86).
- Rövidített Reménytelenség Skála:³⁰ négy tételt tartalmaz, 0-3 pontozással (0=egyáltalán nem jellemző, 1=alig jellemző, 2=jellemző és 3=teljesen jellemző; min. 0 - max. 12 pont; Cronbach alpha 0,86).
- Megküzdési MódoK Kérdőív:³¹ a huszonekét tételes változat hét faktora két coping stratégiához sorolható. A problémára irányuló megküzdéshez a problémaelemzés (1, 21, 22-es tételek) és a céltudatos cselekvés (8, 9, 17, 18-as tételek) tartoznak. A válaszlehetőségek 0-3 pontozásúak (0=nem volt jellemző, 1=alig volt jellemző, 2=jellemző volt és 3=nagyon jellemző volt; min. 0 - max. 21 pont a problémaelemző coping esetében; Cronbach alpha 0,81).
- A Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív, Életesemények skáláját használtuk az életesemények számának felmérésére.³² A tizenhat tételes skála, az elmúlt három évben megtörtént életeseményeket vizsgálja (0=minimális és 16 maximális pontszám; Cronbach alpha 0,55).

²⁹ Beck és mtsai, 1961; Kopp és mtsai, 1998, 2000

³⁰ Beck és mtsai, 1974; Perczel-Forintos és mtsai, 2001

³¹ Folkman és Lazarus, 1980; Kopp és Skrabski, 1992

³² Rahe és Tolles, 2002

- Az Anómia Skála³³ egy kérdését használtuk jelenlegi vizsgálatunkban: „Minden olyan gyorsan változik, hogy az ember azt sem tudja már, miben higgyen.” Válaszopciók: 0=egyáltalán nem ért egyet, 1=inkább nem ért egyet, 2= inkább egyetért és 3=teljesen egyetért.
- A daganatos diagnózisra vonatkozó információkat, az etikai bizottság engedélye értelmében, a vizsgálatban együttműködő orvosok és ápolók szolgáltatták.

A statisztikai elemzést az SPSS 15.0 program segítségével végeztük el, használt módszerek: Chi négyzet, General Linear Model (95% CI) és logisztikus regresszió analízis. A variancia-analízisben és a regresszióban a következő kontrolltényezők szerepeltek: életkor, nem, lakhely, végzettség, családi állapot, anyagi helyzet, vallás, nemzetiség, daganat típusa, tumor lelőhelye, betegség stádiuma, illetve a kezelés típusa (operáció, kemoterápia és a sugárterápia).

Eredmények

Összehasonlító elemzés

A vizsgálatban résztvevő daganatos betegek 83,1%-a ismeri és 16,9%-a nem ismeri onkológiai diagnózisát (ld. 1. sz. ábra - *Digitális változat*).³⁴ Az adatok statisztikai elemzése során szignifikáns összefüggést találtunk a daganatos diagnózis nem-ismerete illetve az életkor ($p=0,003$), lakóhely ($p=0,019$), végzettség ($p < 0,0001$), a tumor lelőhelye ($p=0,003$), a kemoterápiás kezelés ($p < 0,0001$), a depresszió ($p < 0,0001$), a reménytelenség ($p=0,029$), a problémaelemző megküzdés ($p=0,033$), az anómia ($p < 0,0001$) és az életesemények ($p=0,004$) között (ld. 1. és 2. sz. táblázat - *Digitális változat*). A nem, a családi állapot, az anyagi helyzet, a vallás, a nemzetiség, a daganat típusa, a betegség stádiuma, az operáció, a sugárterápia illetve a betegségi állapotról való tájékozatlanság között nem találtunk jelentős kapcsolatot.

A daganatos diagnózisukat nem ismerő onkológiai páciensek szignifikánsan idősebbek (56,58 vs. 50,98 átlagéletkor; $p=0,003$), jellemzőbb rájuk, hogy kisvárosi vagy falusi környezetben laknak (87,1% vs. 72,8%; $p=0,019$), nagyobb részt alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek (63,8% vs. 40,2%; $p < 0,0001$), illetve szinte kétszer nagyobb arányban nem részesültek kemoterápiás kezelésben (53,6% vs. 27,2%; $p < 0,0001$), a diagnózisukat ismerő daganatos betegekhez viszonyítva (ld. 1. sz. táblázat - *Digitális változat*). Továbbá a tüdő/hörgő daganatos páciensekre inkább jellemző a betegségi állapotukról való tájékozatlanság, szemben a vastagbél, mell/ emlő és méhnyak tumoros betegekkel. Fontos itt megjegyeznünk azt, hogy a tüdődaganatos páciensek

³³ Andorka, 1996; Kopp és mtsai, 1999

³⁴ Az ábrák és táblázatok a tanulmány *Digitális változatában* találhatóak a <http://kataszter.martonaron.hu> oldalon. A rá való hivatkozást minden esetben feltüntetjük a főszövegben, – a szerk.

között kétszer több férfi van, mint nő (16,8% vs. 6,9%; $p=0,001$).

A vizsgált pszichológiai tényezők szempontjából, a varianciaanalízis eredményei, a legfontosabb demográfiai-szociális és onkológiai tényezőkre korrigálva, azt emelik ki, hogy az onkológiai diagnózisukat nem ismerő daganatos betegek szignifikánsan depressziósabbak (26,35 vs. 19,12 pontszámátlag; $p < 0,0001$), reménytelenebbek (4,97 vs. 3,90 pontszámátlag; $p=0,015$), és jelentősen alacsonyabb a problémaelemző megküzdési képességük (8,16 vs. 9,50 pontszámátlag; $p=0,029$), szemben a diagnózisukat ismerő páciensekkel. Ők ezzel szemben inkább alacsonyabb anómiáról (46,4% vs. 35,1%; $p=0,004$) és átlagosan kevesebb negatív életeseményről (2,02 vs. 2,85; $p=0,004$) számolnak be (Ld. 2. sz. táblázat - *Digitális változat*).

A daganatos diagnózis nem-ismerését előrejelző tényezők

Vizsgálatunk alapvető célja feltárni azt, hogy mely demográfiai, orvosi, szociális és pszichológiai háttértényezők segítségével lehetséges előre jelezni a diagnózis nem-ismerésének esélyeit. A logisztikus regresszió modell (R^2 Nagelkerke=0,407; $p < 0,0001$) eredményei értelmében, ahol együtt vizsgáltuk a demográfiai, orvosi, szociális és pszichológiai tényezőket, az onkológiai diagnózis nem-ismerésének esélye 10,56-szor ($p < 0,0001$) magasabb a rosszindulatú (malignus) tumorok, 5,14-szer ($p=0,004$) a súlyos depresszió, 4,65-szor ($p < 0,0001$) a kemoterápiás kezelésben való nem-részesülés illetve 2,97-szer ($p=0,004$) az alacsony anómia esetében (ld. 3. sz. táblázat - *Digitális változat*).

Tekintettel arra, hogy a romániai daganatos diagnózisközlési gyakorlat alapvetően orvos- és családcentrikus, kutatásunkban ennek megfelelően közvetett módon, az onkológiai személyzet (orvosok, ápolók) segítségével azonosítottuk a betegségi állapotról való tájékozottságot, így a daganatos diagnózis ismerésére illetve nem-ismerésére vonatkozó vizsgálati eredményeink értelmezése kapcsán fontos rámutatni, hogy itt valójában arról van szó, hogy a medikális és/vagy a családi rendszer mennyire tájékoztatta a pácienszt, illetve, hogy milyen tényezők határozzák meg ezt a folyamatot.

A romániai joggyakorlat szerint a daganatos pácienseknek joguk van a betegségi állapotról vonatkozó teljes körű (pl. diagnózis, prognózis, kezelések és mellékhatások) és anyanyelven történő tájékoztatáshoz, azonban a beteg szabadon dönthet a közvetlen informálás fogadásáról-elutasításáról, illetve az ő személyes bejegyzése szükséges a családtagok, rokonság vagy barátok közvetett tájékoztatásához.³⁵

Megbeszélés – eredmények elemzése és értékelése

Országosan reprezentatív kutatás eredményei szerint, amelyet a *Hospice Románia* – („Reménység Háza”), a *Közegészségügyi Minisztérium*, a *Daganatos Betegek Országos*

35 Románia Hivatalos Közlönye, 2003

Ernyőszervezete rendelt,³⁶ Romániában a daganatos diagnózisközlési gyakorlattal kapcsolatosan megállapítható, hogy az orvosok megközelítőleg 20%-a tájékoztatja személyesen a páciens, miközben 90%-uk elsősorban a családot értesíti a betegségről.

Továbbá a megkérdezett általános populáció 76,6%-a szeretné, illetve 23,4%-a nem szeretné tudni a daganatos diagnózisát és csak 5,4%-uk állította azt, hogy reményvesztett lenne, ha megtudná a betegségére vonatkozó tényeket. Vizsgálatunk eredményei a daganatos diagnózisközlési arányokra vonatkozóan megegyezők más kultúrák, valamint korábbi felmérések adataival is, amelyek a betegségekre vonatkozó tájékoztatást illetően a 38-100%-os tartományban mozognak.³⁷ Sajátossága eredményeinknek, hogy kiemelik azt a háromszereplős rendszert, orvos-család-páciens, amely a vizsgálati minta 16,9%-a esetében meghatározza a daganatos diagnózis közlésének elmulasztását, azaz a betegségi állapot tényszerű és személyes nem-ismerését. Nagyon nehéz eldönteni, hogy a daganatos diagnózisra vonatkozó információ elhallgatása az orvos vagy a család védelmét, hamis biztonságérzetét szolgálja-e, ugyanis eredményeink alapján az érintett betegek szempontjából egyértelmű, hogy az onkológiai diagnózis nem-ismerése jelentősen magasabb depresszió és reménytelenség pontszámmal járt együtt, illetve alacsonyabb problémaelemző megküzdési képességgel.

A daganatos diagnózis közlésének elmulasztása nemcsak kiegyensúlyozatlanságot teremt az orvos-család és a beteg kapcsolatában, hanem alapvető bizalmatlanságot, aminek következménye, hogy minden további információt gyanakvással fogad a páciens.³⁸

Nyilvánvalóan a kezelő, ápoló személyzet ritkán ismeri részletesen a daganatos páciensek életútját, így szükséges a családdal való rendszeres kommunikáció, azonban ez határozottan elkülönítendő a „hallgatás szövetségétől”, amikor a család és az orvos, a beteg állítólagos érdekében, megtagadja az onkológiai diagnózis közlését. A családi rendszer funkcionalitása szempontjából ez azt jelzi, hogy az eddig megszokott kommunikációs és megküzdési minták nem teszik lehetővé a betegségi állapotról való nyílt, őszinte és támogató beszélgetést, így a betegség által érintett más családi témákról is körülményesen tárgyalnak (pl. családi szerepek), illetve a család egésze érzelmi izolációt, támogatottság-hiányt tapasztal meg.³⁹ Általában a „hallgatás szövetségének”

³⁶ Hospice Románia, 2008

³⁷ Cox és mtsai, 2006; Lin, 1999; Pronzato és mtsai, 1994

³⁸ Annunziata, 1997

Az orvos-beteg bizalmi kapcsolat működőképességének fontosságát elemzik Salmon és munkatársai, akik említdaganatos páciensek esetében bizonyították azt, hogy a klinikai kapcsolattartás összefügg a koragyerekkori kontrollélményekkel, a szülőkkkel való kapcsolattal, illetve a testi, lelki vagy szexuális bántalmazás előfordulásával. Kutatásukban azok a páciensek, akiket bántalmaztak valamilyen formában (a daganatos páciensek 41%-a), nemcsak szorongóbbak voltak, hanem folyamatos nehézséget jelentett számukra az orvosi személyzettel való támogató kapcsolattartás. Salmon és mtsai, 2007

Továbbá számos korábbi vizsgálat eredményei azt igazolják, hogy a leszakadó rétegek gyermekeinél sokkal gyakoribbak a korai kötődés zavarai. Kopp, 2006a

³⁹ Gotay, 1996; Mystakidou és mtsai, 2004

az a következménye, hogy a daganatos páciens az orvosban és családban is egyaránt elveszti bizalmát,⁴⁰ azonban mégis fontos kérdés az orvos együttműködésének a magyarázata. Ebben alapvető szempont lehet a család és daganatos páciens szoros kapcsolata, illetve a biztos érzelmi és társas támogatottság, a gondozás, ugyanis a beteg számára gyakran a család az egyedüli erőforrás, amely alapvetően feladatának érzi az érintett családtag védelmét.⁴¹ Lényeges azonban, hogy a daganatos betegek esetében a túl intenzív társas, családi támogatottság hozzájárulhat a viktimizáció fokozódásához, vagyis hogy szenvedéseit azzal halmozza, hogy környezetének fájdalmat okoz.⁴²

Az életkor és a végzettség szerepe a daganatos diagnózis közlésében, ismeretében többszörösen és alaposan bizonyított. Horikawa és munkatársai⁴³ illetve Phunggrassami és munkatársai⁴⁴ felmérései szerint az idős daganatos betegek számára jelentősen korlátozott az onkológiai diagnózis megismerése, ahhoz képest, hogy hozzájuk viszonyítva a fiatal daganatos betegeknek 5,8-szor nagyobb erre az esélye. Általában az idősebb daganatos páciensek a passzívabb viszonyulást vállalják,⁴⁵ könnyebben elviselik és integrálják élettörténetükbe a krónikus, végzetes betegséget,⁴⁶ betegségi állapotukra vonatkozóan kevesebbet kérdeznek az orvostól, illetve inkább személyre szabott információkat igényelnek, nem a lehető legtöbb információt, mint a fiatal daganatos betegek, akik gyakrabban is fogalmaznak meg kérdéseket.⁴⁷ Általános populációban végzett, a daganatos diagnózisra vonatkozó attitűdvizsgálatok eredményei szerint is inkább a fiatalabbak és a magasabb végzettséggel rendelkezők nyilatkozták azt, hogy szeretnék ismerni onkológiai betegségüket.⁴⁸ A fiatal és idős daganatos betegek között létező különbség az onkológiai diagnózisra vonatkozó információk tekintetében egyrészt azzal magyarázható, hogy a fiataloknak eltérő volt az orvosi rendszerrel való szocializációs tapasztalata, másrészt az idősek megküzdési stílusa különbözhet. Gyakorlati szempontból, amennyiben az első feltevés igaz, akkor az idős daganatos betegeket bátorítani kell az információszerezésre, míg a fiatal onkológiai páciensek coping stratégiáit kell erősíteni, ugyanis őket elhalmozzák a többletinformációk.⁴⁹ Összegezve elmondható, hogy az idősebb, alacsonyabb iskolai végzettséggel és szociális erőforrásokkal rendelkező daganatos betegek általában inkább nem ismerik onkológiai diagnózisukat, ahogyan ezt vizsgálatunk eredményei is igazolják, illetve nagyobb mértékben

⁴⁰ Mystakidou és mtsai, 2002

⁴¹ Lee és Wu, 2002

⁴² Kopp, 2006a

⁴³ Horikawa és mtsai, 2000

⁴⁴ Phunggrassami és mtsai, 2003

⁴⁵ Pinquart és Duberstein, 2004

⁴⁶ Esbensen és mtsai, 2008

⁴⁷ Eggly és mtsai, 2006

⁴⁸ Wang és mtsai, 2004

⁴⁹ Ankem, 2006

tapasztalnak meg kommunikációs nehézségeket az orvos-beteg kommunikációban.⁵⁰

Kutatási eredményeinket az onkológiai diagnózis nem-ismerésének pszichológiai kockázataira vonatkozóan megerősíti azon vizsgálat, amely bizonyította, hogy a betegségi állapottal kapcsolatos tájékoztatatlanság magasabb szorongással, feszültséggel és szuicidveszéllyel asszociálható olyan daganatos páciensek körében, akiket pszichiátriai kezelésre javasoltak.⁵¹ Itt szükséges kihangsúlyoznunk, hogy a lelkileg is beteg daganatos páciensek sajátosan nehezebben, későbbben fordulnak panaszaikkal az orvoshoz, illetve az onkológiai kivizsgálás, kezelés és ellenőrzés során együttműködésük változó vagy elégtelen,⁵² így bizonyos szempontból hozzájárulnak a nem-megfelelő, késleltetett tájékoztatáshoz.

Például a daganatos diagnózisközlés szempontjából fontos az onkológiai páciens mentális állapota is, így a súlyosan depressziós betegek esetében ésszerű, elfogadható lehet a betegségi állapotról való átmeneti tájékoztatás elmulasztása a magas szuicidveszély, illetve a korlátozott megküzdési potenciál miatt.⁵³ Adataink elemzése ennek kapcsán egyértelműen arra mutat rá, hogy az onkológiai diagnózisukat nem ismerő daganatos páciensek kétharmada középsúlyosan vagy súlyosan depressziós illetve szignifikánsan depressziósabbak, mint a daganatos diagnózisukat ismerő társaik. Annak ellenére, hogy a kutatás keresztmetszeti jellege miatt ebben a vizsgálatban ok-okozati kapcsolat nem állapítható meg a depresszió és a daganatos diagnózis között, jelentős hogy a daganatos személyeknél igen magas a depresszió prevalencia, ami önmagában csökkenti az érintettek életminőségét. Mindenképpen az onkopszichológiai összefoglaló tanulmányok figyelmeztetnek arra, hogy gyakran a daganatos betegeknek a depresszió aluldiagnosztizált és alulkezelt annak ellenére, hogy a depresszió optimális diagnosztikai és kezelési eszközei rendelkezésre állnak.⁵⁴

A pszichoneuroimmunológiai vizsgálatok eredményei szerint a depresszió feltehetően károsítja az endokrin és immunrendszer funkcióit és szabályozását, amely a hypothalamus-hypophysis-andrenocortical (HPA) tengely folyamatos aktiválása során, befolyásolja és veszélyezteti a tumoros sejtek immunfelügyeletét, a daganatfejlődéssel szembeni ellenállást és fokozza a DNS törések lehetőségét, illetve akadályozza az apoptózist. Általánosan a depresszió immunológiai következménye a T és NK (natural killer) sejtek számának és cytotoxikus hatásának csökkenésével jellemezhető, ami kihat a daganatfejlődésre. Újabb kutatások eredményei szerint a depresszió összefügg a daganatos betegségekhez kapcsolható oxidatív DNS károsodással, ugyanis a depressziós daganatos betegek esetében magasabb a 8-OH-

⁵⁰ Lin, 1999

⁵¹ Horikawa és mtsai, 1999

⁵² Riskó, 2006

⁵³ Wang és mtsai, 2004

⁵⁴ McDaniel, 1995

dG (8-hydroxydeoxyguanosine) szintje a kontrollcsoporthoz viszonyítva.^{55, 56, 57}

Itt, a depresszió kezelése kapcsán, elkerülhetetlenül szükséges megállapítani, hogy a gyógyszeres kezelések hasznossága mellett a pszichoterápia, a pszichoszociális beavatkozások a daganatos személyek esetében bizonyítottan enyhítik a depressziót, szorongást és növelik a megküzdési potenciált⁵⁸.

A daganatos diagnózis ismerete és a problémaelemző coping statisztikai összefüggése valószínűleg azzal magyarázható, hogy a betegségi állapotra vonatkozó információk nemcsak a tájékozott döntést segítik elő, hanem fokozzák a hatékony megküzdést, amely pszichológiai egészséghez, jóléthez vezet.⁵⁹ A megküzdési potenciál és a daganatos beteg információigénye között kölcsönös kapcsolat van, azaz a betegséggel való megküzdésben aktívan résztvevő daganatos pácienseknek nagyobb a betegségre, kezelésre vonatkozó információigényük.⁶⁰

A kemoterápia mint orvosi, kezelési háttértényező szignifikánsan együtt járt a daganatos diagnózis ismerésének magasabb esélyével, feltehetően azért, mert a hajhullás mint a kemoterápiás kezelés leginkább szemmel látható és elriasztó mellékhatása egyértelműen utal a betegségre, illetve a kemoterápia számos mellékhatása kapcsán szembesül a daganatos beteg azzal, hogy a hétköznapi működését testi funkciói jelentősen korlátozzák.

A sebészeti beavatkozások illetve a sugárkezelés mellékhatásai többnyire lokalizáltak, a kemoterápia esetében ezek inkább generalizáltak. Ilyen szempontból érthető az, hogy eredményeink szerint a kemoterápiás kezelésben nem részesülő daganatos betegek esetében nagyobb az onkológiai diagnózis nem-ismerésének az esélye.

A daganatos diagnózis esetében is az anómiás lelkiállapot lényege az értékvesztés, illetve az, hogy a viszonylagos társadalmi pozícióját elvesztő daganatos betegnek nem adottak az értékes, értékadó kollektív participáció eszközei illetve az erre vonatkozó egyértelmű normák, így az érintett a személyes tér rabja lesz,⁶¹ amely vizsgálatunk eredményei szerint szignifikánsan növeli a daganatos diagnózis nem-ismerésének esélyét. Végül az életesemények kapcsán megállapíthatjuk, hogy rizikóhatásuk mind a fizikai, mind a pszichológiai életminőség terén tetten érhetők, azonban a fizikai életminőséggel erősebb összefüggést mutatnak.⁶²

Vizsgálatunk eredményei részben korlátozottak, mert nem állapítható meg okozati kapcsolat a vizsgált tényezők és a daganatos diagnózis ismerete között, illetve a

55 Gidron és mtsai, 2006

56 Irie és mtsai, 2005

57 Levy és mtsai, 1991

58 Spiegel és mtsai, 1981; Yaskowich és Stam, 2003

59 Mallinger és mtsai, 2005

60 Davidson és mtsai, 1999

61 Kopp Skrabski, 2006b; Persson és Hallberg, 2004

62 Szabó és Rózsa, 2006

következtetések általánosítását akadályozza az, hogy az onkológiai diagnózis közlését, megismerését további olyan fontos tényezők is meghatározhatják, mint: a kórházban fekvő daganatos betegek viszonyulása a betegségi állapotról való beszélgetéshez,⁶³ a kisebbséghez tartozó páciensek esetében a nyelvismeretből és a korábbi kezeléseik során megtapasztalt nehézségekből adódó kommunikációs akadályok,⁶⁴ illetve a „rákbetegséggel” kapcsolatban, a köztudatban elterjedt és a multimédia által megerősített félelmek, stigmatizáció és szociális izoláció.⁶⁵

Következtetések

Az onkológiai diagnózisközlés elmulasztása megközelítőleg minden ötödik daganatos beteget érinti a vizsgált mintában.

Eredményeink arra mutattak rá, hogy jelentős különbségek vannak a diagnózisukat ismerő és nem-ismerő páciensek között, nevezetesen a betegségi állapotukról nem tájékozott páciensek általában idősebbek, izoláltabbak, alulképzettebbek és szignifikánsan depressziósabbak, reménytelenebbek, illetve alacsonyabb a problémaelemző megküzdési képességük.

A daganatos diagnózis nem-ismerésének esélyét legnagyobb mértékben a tumor típusa és a depresszió határozzák meg, illetve a kemoterápiás kezelés hiánya és az alacsony anómiás állapot. Eredményeink felhívják a figyelmet a daganatos betegségek orvosi, pszichológiai, szociális és kulturális vonatkozásainak elkötelezett ismertetésére, az erre vonatkozó képzésre, illetve a multidiszciplináris onkológiai csapatok szükségességére, melyeknek egyaránt tagjai az orvosok, a klinikai szakpszichológusok, a pszichiáterek, a gyógytornászok és a szociális munkások.

Felhasznált irodalom

- ANDORKA, R. 1996: *Merre tart a magyar társadalom?.* Lakitelek Antológia
- ANKEM, K. 2006: *Factors influencing information needs among cancer patients: A meta-analysis.* Library & Information Science Research 28(1).7-23.
- ANNUNZIATA, M.A. 1997: *Ethics of relationship. From communication to conversation.* Annals of the New York Academy of Sciences 809. 400–410.

⁶³ Kvale, 2007

⁶⁴ Street, 2007

⁶⁵ A stigmatizáció csökkenti az érintettek társas státusát, fokozza a szociális elutasítást velük szemben, illetve korlátozza az erőforrásokhoz való hozzáférést, a munkavállalás szempontjából is. Clarke és Everest, 2006

- BACK, L.A., – CURTIS, R.J. 2002: *Communicating bad news*. Western Journal of Medicine 176. 177–180.
- BAILE, W.F., – LENZI, R., – KUDELKA, A.P., – MAGUIRE, P., – NOVACK, D., GOLDSTEIN, M., – MYERS, E.G., – BUST, R.C. Jr. 1997:
1997: *Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists*. Journal of Cancer Education 12. 166–173.
- BAILEY, R.K., – GEYEN, D.J., – SCOTT-GURNELL, K., – HIPOLITO, M.M.S., – BAILEY, T.A., – BEAL, J.M. 2005: *Understanding and treating depression among cancer patients*. International Journal of Gynecological Cancer 15. 203-208.
- BAKKER, D., – FITCH, M., – GRAY, R., – REED, E., – BENNETT, J. 2001:
Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. Patient Education and Counselling 43. 61–71.
- BECK, A. T., – WARD, C. H., – MENDELSON, M., – MOCK, J., – ERBAUGH, J. 1961: *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry 4. 561–571.
- BECK, A. T., – WEISSMAN, A., – LESTER, D., – TREXLER, L. 1974:
The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 42. 861-865.
- BLACKHALL, L. J., – MURPHY, S. T., – FRANK, G., – MICHEL, V., – AZEN, S. 1995: *Ethnicity and attitudes towards patient autonomy*. Journal of the American Medical Association 274. 820-825.
- BUTOW, P.N., – KAZEMI, J.N., – BEENEY, L.J., – GRIFFIN, A., – DUNN, S.M., TATTERSALL, M.H.N. 1996:
When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. Cancer 77(12). 2630-2637.
- CLARKE, J. N., EVEREST, M. M. 2006:
Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model. Social Science & Medicine 62(10). 2591-2600.

- COX, A., – JENKINS, V., – CATT, S., – LANGRIDGE, C., – FALLOWFIELD, L. 2006: *Information needs and experiences: An audit of uk cancer patients*. European Journal of Oncology Nursing 10(4). 263-272.
- DAVIDSON, J. R., – BRUNDAGE, M. D., – FELDMAN-STEWART, D. 1999: *Lung cancer treatment decisions: Patients' desires for participation and information*. Psycho-Oncology 8. 511-520.
- DÉGI, L. Cs. 2008: *Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben*. In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Szerkesztette: KOPP, M. Budapest: Semmelweis Kiadó, 557-568.
- DUBLER, N.V., POST, L.F. 1998: *Truth telling and informed consent*. In: *Psycho-oncology*. Szerkesztette: HOLLAND, J.C. New York: Oxford Press, 1085-1095.
- EGGLY, S., – PENNER, L. A., – GREENE, M., – HARPER, F. W. K., – RUCKDESCHEL, J. C., – ALBRECHT, T. L. 2006: *Information seeking during „bad news” oncology interactions: Question asking by patients and their companions*. Social Science & Medicine 63(11). 2974-2985.
- ESBENSEN, B. A., – SWANE, C. E., – HALLBERG, I. R., – THOME, B. 2008: *Being given a cancer diagnosis in old age: A phenomenological study*. International Journal of Nursing Studies 45(3). 393-405.
- FALLOWFIELD, L., – JENKINS, V. 1999: *Effective communication skills are the key to good cancer care*. European Journal of Cancer 35. 1592–1597.
- FALLOWFIELD, L.J., – BAUM, M., – MAGUIRE, G.P. 1986: *Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer*. British Medical Bulletin 293. 1331-1334.
- FOLKMAN, S., – LAZARUS, R. 1980: *An analysis of coping in a middle aged community sample*. Journal of Health and Social Behavior 21. 219-239.

- FORD, S., – FALLOWFIELD, L., – LEWIS, S. 1996:
Doctor-patient interactions in oncology. Social Science & Medicine 42(11). 1511-1519.
- GIDRON, Y., RUSS, K., TISSARCHONDOU, H., – WARNER, J. 2006:
The relation between psychological factors and DNA-damage: A critical review. Biological Psychology 72. 291–304.
- GOTAY, C.G. 1996:
Cultural variation in family adjustment to cancer. In: Cancer and the family. Szerkesztették: BAIDER, L., COOPER, L.C., KAPLAN-DE-NOUR, A. New York: Wiley, 31–49.
- HEGEDŰS, K. 1995:
Válasz Réger Zitának a betegek tájékoztatásáról és a hospiceról. Végeken 6 (2). 41.
- HEGEDŰS, K. 1999:
A haldokló betegek jogai Magyarországon. Magyar Bioetikai Szemle 5 (1). 12-21.
- HOLLAND, J.C., – GEARY, N., – MARCHINI, A., – TROSS, S. 1987:
An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. Cancer Investigation 5. 151–154.
- HORIKAWA, N., – YAMAZAKI, T., – SAGAWA, M., – NAGATA, T. 1999:
The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. General Hospital Psychiatry 21. 368–373.
- HORIKAWA, N., – YAMAZAKI, T., – SAGAWA, M., – NAGATA, T. 2000:
Changes in disclosure of information to cancer patients in a general hospital in Japan. General Hospital Psychiatry 22. 37–42.
- HOSPICE ROMÁNIA 2008:
Campanie nationala de constientizare a problemelor cu care se confrunta pacientii cu boli grave in stadii avansate - Planul de servicii paliative. <http://www.hospice.ro>.
- IRIE, M., – MIYATA, M., – KASAI, H. 2005:
Depression and possible cancer risk due to oxidative DNA damage. Journal of Psychiatric Research 39. 553–560.

- KOPP, M. 2006a: *A pszichoszociális tényezők jelentősége, különös tekintettel a megelőzésre.* In: *Onkopszichológia a gyakorlatban.* Szerkesztették: HORTI, J., RISKÓ, Á. Budapest: Medicina, 42-50.
- KOPP, M. S., – SKRABSKI, Á., – SZEDMÁK, S. 2000: *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society.* Social Science & Medicine 51. 1350-1361.
- KOPP, M., – FALGER, P., – APPELS, A., – SZEDMÁK, S. 1998: *Depression and Vital Exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease,* Psychosomatic Medicine 60. 752-758.
- KOPP, M., – SKRABSKI, Á., – SZEDMÁK, S. 1999: *A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján.* Demográfia XLII,1-2. 88- 119.
- KOPP, M., – SKRABSKI, Á. 1992: *Magyar lelkiállapot.* Budapest:Végeken Alapítvány
- KOPP, M., – SKRABSKI, A., – SZANTO, Z., – SIEGRIST, J. 2006b: *Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary.* Journal of Epidemiology and Community Health 60(9). 782-788.
- KÜBLER-ROSS, E. 1988: *A halál és a hozzá vezető út.* Budapest: Gondolat
- KVALE, K. 2007: *Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs.* European Journal of Oncology Nursing 11(4). 320-327.
- LAINE, C., DAVIDOFF, F. 1996: *Patient-centered medicine a professional evolution.* JAMA 275. 152–156.
- LEE, A., WU, H.Y. 2002: *Diagnosis disclosure in cancer patients-when the family says “no”.* Singapore Medical Journal 43. 533–538.
- LEVY, S.M., – HERBERMAN, R.B., – LIPPMAN, M., – D’ANGELO, T., – LEE, J. 1991: *Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer.* Behavioral Medicine 17. 67–75.

- LIN, C. C. 1999: *Disclosure of the cancer diagnosis as it relates to the quality of pain management among patients with cancer pain in Taiwan.* Journal of Pain and Symptom Management 18(5). 331-337.
- MALLINGER, J., – GRIGGS, J., – SHIELDS, C. 2005: *Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information.* Patient Education and Counselling 57. 342-349.
- MASSIE, M.J. 2004: *Prevalence of depression in patients with cancer.* Journal of the National Cancer Institute Monographs 32. 57-71.
- MAYNARD, D. W. 2006: *„Does it mean i'm gonna die?” On meaning assessment in the delivery of diagnostic news.* Social Science & Medicine 62(8). 1902-1916.
- MCDANIEL, J. S., – MUSSELMAN, D. L., – PORTER, M. R., – REED, D. A., – NEMEROFF, C. B. 1995: *Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment.* Archives of General Psychiatry 52(2). 89-99.
- MYSTAKIDOU, K., – PARPA, E., – TSILIKA, E., – KALAIPOPOULOU, O., – VLAHOS, L. 2002: *The families' evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients.* BMC Palliative Care 1:3.
- MYSTAKIDOU, K., – PARPA, E., – TSILIKA, E., – KATSOUDA, E., – VLAHOS, L. 2004: *Cancer information disclosure in different cultural contexts.* Supportive Care in Cancer 12. 147-154.
- PERCZEL-FORINTOS, D., – SALLAI, J., RÓZSA, S. 2001: *A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata.* Psychiatria Hungarica 16 (6). 632-643.
- PERSSON, L., – HALLBERG, I.R. 2004: *Lived experience of survivors of leukemia or malignant lymphoma.* Cancer Nursing 27. 303-313.
- PHUNGRASSAMI, T., – SRIPLUNG, H., – ROKA, A., – MINTRASAK, E., – PEERAWONG, T., – AEGEM, U. 2003: *Disclosure of a cancer diagnosis in thai patients treated with radiotherapy.* Social Science & Medicine 57(9). 1675-1682.

- PILLING, J. (szerk.) 2008: *Orvosi kommunikáció (második kiadás)*. Budapest: Medicina
- PILLING, J. 2003: *A gyász lélektana*. In: *Gyász*. Szerkesztette: PILLING, J. Budapest: Medicina, 27-52.
- PILLING, J. 2004: *Rossz hírek közlése*. In: *Orvosi kommunikáció*. Szerkesztette: PILLING, J. Budapest: Medicina, 389-412.
- PINQUART, M., – DUBERSTEIN, P.R., 2004: *Information needs and decision-making processes in older cancer patients*. Critical Review of Oncology/Hematology 51. 69-80.
- PRONZATO, P., – BERTELLI, G., – LOSARDO, P., – LANDUCCI, M. 1994: *What do advanced cancer patients know of their disease? A report from Italy*. Supportive Care in Cancer 2(4). 242-244.
- RAHE, R.H., – TOLLES, R.L. 2002: *The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful Stress Management Instrument*. International Journal of Stress Management 9. 61-70.
- RISKÓ, Á. 1999: *Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest: Animula
- RISKÓ, Á. 2006: *A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői*. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Szerkesztették: HORTI, J., RISKÓ, Á. Budapest: Medicina, 85-92.
- ROBERTS, C.S., – COX, C.E., – REINTGEN, D.S., – BAILE, W.F., – GIBERTINI, M. 1994: *Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making*. Cancer 74. 336-341.
- ROMÁNIA HIVATALOS KÖZLÖNYE 2003: *46-os törvény a betegek jogairól (2003.01.21; 51/29)*, Bukarest
- ROTER, D. 1989: *Which facets of communication have strong effects on outcome-a meta-analysis*. In: *Communicating with medical patients*. Szerkesztették: STEWARD, M., ROTER, D. Newbury Park: Sage Publications, 183-196.

- RYAN, H., – SCHOFIELD, P., – COCKBURN, J., – BUTOW, P., – TATTERSALL, M., – TURNER, J., – GIRGIS, A., – BANDARANAYAKE, D., – BOWMAN, D. 2005:
How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. European Journal of Cancer Care 14. 7–15.
- SALMON, P., – HOLCOMBE, C., – CLARK, L., – KRESPI, R., – FISHER, J., HILL, J. 2007: *Relationships with clinical staff after a diagnosis of breast cancer are associated with patients' experience of care and abuse in childhood. Journal of Psychosomatic Research 63(3). 255-262.*
- SARDELL, A.N., – TRIERWEILER, S.J. 1993:
Disclosing the cancer diagnosis. Cancer 72. 3355-3365.
- SIMINOFF, L. A., – RAVDIN, P., – COLABIANCHI, N., – SAUDERS-STURM, C. M. 2000: *Doctor–patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. Health Expectations 3. 26–36.*
- SPIEGEL, D., – BLOOM, J.R., – YALOM, I. 1981:
Group support for patients with metastatic cancer. Archives of General Psychiatry 38. 527–533.
- STREET Jr, R. L., – GORDON, H., HAIDET, P. 2007:
Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? Social Science & Medicine 65(3). 586-598.
- SZABÓ, G., – RÓZSA, S. 2006: *Az életeseemények hatása az életminőségre. In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Szerkesztették: KOPP, M., KOVÁCS, M.E. Budapest: Semmelweis Kiadó, 324-337.*
- VARGA, J., – TIRINGER, I. 2004: *A betegtájékoztatás kommunikációs kérdései. In: Orvosi kommunikáció. Szerkesztette: PILLING, J. Budapest: Medicina, 145-168.*
- WANG, S.-Y., – CHEN, C.H., – CHEN, Y.S., – HUANG, H.L. 2004:
The attitude toward truth telling of cancer in Taiwan. Journal of Psychosomatic Research 57(1). 53-58.
- YASKOWICH, K.M., – STAM, H.J. 2003:
Cancer narratives and the cancer support group. Journal of Health Psychology 8. 720-737.