

# Kliničnopsihološka in psihiatrična obravnava v sklopu celostne obravnave bolnic z rakom dojk; izsledki iz pilotnega projekta celostne rehabilitacije OREH

Jana Jereb<sup>1</sup>, Jana Knific<sup>1</sup>, Jana Markovič<sup>1</sup>, Tina Rus<sup>1</sup>, Mateja Kurir<sup>1</sup>, Nikola Bešič<sup>1</sup>, Lorna Zadavec Zaletel<sup>1</sup>, Zlatka Mavrič<sup>1</sup>, Anamarija Mozetič<sup>1</sup>, Andreja C. Škufca Smrdel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Onkološki inštitut Ljubljana

**Ozadje:** Bolnice z rakom dojke predstavljajo velik delež vseh bolnikov, vključenih v psihoonkološko obravnavo. V pilotni Raziskavi o celostni rehabilitaciji bolnic z rakom dojk OREH smo prvič pri nas uvajali presejanje duševne stiske, anksioznosti, depresivnosti, nespečnosti, utrudljivosti in kognitivnih motenj. Primerjali smo razlike med skupino bolnic, napotenih po utečeni poti preko konziliarnih napotnic, ter skupino bolnic, ki so prišle v psihoonkološko obravnavo preko programov presejanja. Ugotavljali smo tudi nekatere značilnosti psihoonkoloških obravnav.

**Metode:** Bolnice z rakom dojk so izpolnjevale presejalni vprašalnik glede prisotnosti anksioznosti, depresivnosti, nespečnosti, utrudljivosti in kognitivnih motenj na 10 stopenjski lestvici. Presejanje je potekalo na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI) ob začetku zdravljenja, čez 6 mesecev in čez eno leto. Bolnice v kontrolni skupini (N=296) so bile obravnavane kot običajno, bolnice v interventni skupini (N=294) pa so bile ob prisotnosti klinično pomembne simptomatike seznanjene z možnostjo psihoonkološke obravnave ter napotene na Oddelek za psihoonkologijo OI. Razlike v kategoričnih spremenljivkah smo analizirali s  $\chi^2$  testom, v intervalnih pa s t-testom.

**Rezultati:** Iz kontrolne in interventne skupine je bilo v opazovanem obdobju v psihoonkološko obravnavo vključenih 165 bolnic; 90,6 % jih je bilo vključenih v kliničnopsihološko obravnavo, 27,3 % v psihiatrično, od tega 17,6 % v obe vrsti obravnave. Mediana časa od prvega prihoda na OI do prve obravnave pri kliničnem psihologu je 2,00 meseca, pri psihiatru pa 11,50 mesecev; razlika je statistično pomembna ( $p=0,02$ ). Analiza podatkov bolnic, vključenih v obravnavo, je pokazala, da jih je le enkrat prišlo v kliničnopsihološko obravnavo 15,9 %, v psihiatrično pa 17,9 %. Pri 34,0 % oz. 58,7 % je obravnava zajemala 2 do 5 srečanj, več kot 6 srečanj pa pri 49,3% oz. 24,1 % ( $p=0,023$ ). Enkratni obiski so bili povezani s številnimi dejavniki; po eni strani sem sodijo krajše obravnave, kot so krizne intervencije in svetovanje, po drugi strani pa tudi napotitve bolnic, ki niso bile v globlji stiski, niso bile motivirane za obravnavo ali so že bile vključene v obravnavo drugje. Večji odstotek dolgotrajnih obravnav pri psihologu je povezan z vključitvijo v skupinsko psihoterapijo, v katero se je vključilo 37 % vseh bolnic z rakom dojke v psihoonkološki obrav-

navi. Od bolnic, ki so bile vključene v obe vrsti obravnav, jih je bilo 68,9 % napotenih s strani kliničnega psihologa k psihiatru, 31,1 % pa obratno. Primerjava kontrolne in interventne skupine je pokazala, da se je ob presejanju statistično pomembno več bolnic vključilo v psihoonkološko obravnavo (109 vs. 56 bolnic,  $p < 0,01$ ). Prav tako se vključujejo prej v procesu zdravljenja (mediana 2 meseca od prvega prihoda na OI vs. 6 mesecev,  $p < 0,01$ ).

**Zaključki:** Ob presejanju globlje stiske pri bolnicah z rakom dojke se v psihoonkološko obravnavo vključi več bolnic, vključujejo se tudi prej. Ob omejenih kapacitetah za psihoonkološke obravnave je izziv, kako prepoznavati in obvladovati lažno pozitivne (in lažno negativne) rezultate presejanja. Kliničnopsihološka in psihiatrična obravnava sta dve samostojni zdravstveni dejavnosti znotraj psihoonkologije. Vsaka ima svoje mesto pri obravnavi bolnic z rakom dojke; pri tem pa je za obravnavo bolnic v globlji stiski nujno medsebojno povezovanje in sodelovanje obeh strok.