

A nőgyógyászati daganattal érintett páciensek kilátásai, félelmei, illetve elvárásai a COVID-19 világjárvány idején: Páneurópai tanulmány a European Network of Gynecological Cancer Advocacy Groups hálózattól (ENGAGe)

Murat Gultekin^{1,2} | Sertac Ak^{3,4} | Ali Ayhan⁵ | Aleksandra Strojna⁶ | Andrei Pletnev⁷ | Anna Fagotti⁸ | Anna Myriam Perrone⁹ | B. Emre Erzeneoglu¹ | B. Esat Temiz¹ | Birthe Lemley^{2,10} | Burcu Soyak¹ | Cathy Hughes^{11,12} | David Cibula¹³ | Dimitrios Haidopoulos¹⁴ | Donal Brennan¹⁵ | Edoardo Cola⁸ | Elzbieta van der Steen-Banasik¹⁶ | Esra Urkmez^{2,17} | Huseyin Akilli⁵ | Ignacio Zapardie¹¹⁸ | Icó Tóth^{2,19} | Jalid Sehoul²⁰ | Kamil Zalewski^{2,21,22,23} | Kiarash Bahreman²⁴ | Luis Chiva²⁵ | Mansoor Raza Mirza²⁶ | Maria Papageorgiou^{2,27} | Novak Zoltan²⁴ | Petra Adámková^{2,28} | Philippe Morice²⁹ | Sonia Garrido-Mallach¹⁸ | Utku Akgor¹ | Vasilis Theodoulidis¹⁴ | Zafer Arik³⁰ | Karina D. Steffensen^{2,31,32,33} | Christina Fotopoulou¹²

¹ Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Hacettepe Egyetem, Ankara, Törökország

² European Gynecological Oncology Society (ESGO, a Nőgyógyászati Rák Érdekképviseleti Csoportok Európai Hálózatának (ENGAGe) Végrehajtó Csoportja, Prága, Csehország

³ Stress Assessment and Research Center (STAR, Hacettepe Egyetem, Ankara, Törökország)

⁴ Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Tanszék, Hacettepe Egyetem, Ankara, Törökország

⁵ Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Baskent Egyetem, Ankara, Törökország

⁶ Felnőttek és serdülők nőgyógyászati sebészeti és nőgyógyászati onkológiai tanszéke, Pomerániai Orvostudományi Egyetem, Szczecin, Lengyelország

⁷ A Nőgyógyászati Onkológia Tanszék, N.N. Fehéroroszországi Alekszandrov Nemzeti Rákközpont, Minszk, Fehéroroszország

⁸ Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Szent Szív Katolikus Egyetem, Róma, Olaszország

⁹ Sant Orsola-Malpighi Kórház, Bologna, Olaszország

¹⁰ KIU - Nőgyógyászati daganatos nők betegszervezete, Koppenhága, Dánia

¹¹ Ovacome - Petefészekrák-támogató jótékonyági szervezet, London, Egyesült Királyság

¹² Nőgyógyászati Tanszék, Imperial College London, NHS Trust London, London, Egyesült Királyság

¹³ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Nőgyógyászati Onkológiai Központ, Első Orvostudományi Kar, Károly Egyetem és Általános Egyetemi Kórház, Prága, Csehország

¹⁴ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Alexandra Kórház, Athéni Egyetem, Athén, Görögország

¹⁵ Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék, University College Dublin (UCD) Orvostudományi Kar, Catherine McAuley Kutatóközpont, Mater Egyetemi Kórház, Dublin, Írország

¹⁶ Radioterápiás Intézet, Arnhem, Hollandia

¹⁷ Dance With Cancer Society, Ankara, Törökország

¹⁸ Nőgyógyászati onkológiai egység, La Paz Egyetemi Kórház-IdiPAZ, Madrid, Spanyolország

¹⁹ Mályvavirág Alapítvány, Budapest, Magyarország

²⁰ Nőgyógyászati Tanszék Onkológiai Sebészeti Központtal, Charité Egyetemi Kórház, Berlin, Németország

- ²¹ Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék, Hollycross Cancer Center, Kielce, Lengyelország Varsó, Lengyelország
- ²² Molekuláris és Transzlációs Onkológiai Tanszék, Maria Skłodowska-Curie Nemzeti Kutatás Onkológiai Intézet, Varsó, Lengyelország
- ²³ Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék, Barts Health NHS Trust, London, Egyesült Királyság
- ²⁴ Nőgyógyászati Tanszék, Nemzeti Onkológiai Intézet, Budapest, Magyarország
- ²⁵ Clinica Universidad de Navarra, Madrid, Spanyolország
- ²⁶ Onkológiai Tanszék, The Finsen Center, Rigshospitalet - Koppenhágai Egyetemi Kórház, Koppenhága, Dánia
- ²⁷ KEFI Cancer Society, Athén, Görögország
- ²⁸ Onko Unie Cancer Society, Prága, Csehország
- ²⁹ Sebészeti Klinika, Gustave Roussy Intézet, Villejuif, Franciaország
- ³⁰ Orvostudományi Kar, Hacettepe Egyetem, Orvosi Onkológiai Tanszék, Ankara, Törökország Dél-dán kórház-egyetemi kórház, Vejle, Dánia
- ³¹ Onkológiai Tanszék, Lillebaelt Kórház-Egyetemi Kórház, Dél-Dánia, Vejle, Dánia
- ³² Regionális egészségkutatás tanszék, Egészségtudományi Kar, Dél-Dániai Egyetem, Odense, Dánia
- ³³ Megosztott döntéshozatal központja, Lillebaelt Kórház-Egyetemi Kórház Dél-Dániában, Vejle, Dánia

Murat Gultekin,
Hacettepe Egyetem
Orvostudományi Kar,
Szülészeti és
Nőgyógyászati
Tanszék, Hacettepe
Mahallesi, 06230,
Sihhiye, Ankara,
Törökország. E-mail:
mrtgultekin@yahoo.com

Előszó

A kutatás háttere:

A COVID-19 világjárvány során nem készült felmérés arról, hogy a pandémia hogyan hatott az Európában élő nőgyógyászati daganatos betegekre, akik valamilyen aktív kezelés vagy megfigyelés alatt álltak. Jelen kutatásban megpróbáltuk felkeresni a COVID-19 következményeinek és a világszerte bevezetett kezelési módosításoknak a betegek általi megítélését.

Módszerek: 16 európai országban végeztek betegfelmérést az ENGAGE és a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála által kifejlesztett új COVID-19-es kérdőív segítségével. Ezen felmérést nemzeti betegképviselői csoportok és jótékonyági szervezetek támogatták.

Eredmények: 1388 nyomtatványt gyűjtöttünk össze; ebből 592 online és 796 nyomtatott példányt (2020. május). 137 darabot azonban ki kellett zárunk hiányzó adatok miatt. A betegek medián életkora 55 év volt (tartomány: 18–89), 54, 7% - ának petefészekrákja volt és ennek az aránynak 15,5% - a volt preoperatív. Annak ellenére, hogy a páciensek 73,2%-a nevezte meg úgy a rákot, mint kockázati tényezőt a COVID-19-re nézve, mindössze csak 17,5%-uk félt jobban a COVID-19 vírustól, mint a rák következtében kialakult állapotok miatt. Emellett pedig az előrehaladott életkor (> 70 év) volt az egyetlen jelentős kockázati tényező. Összességében 71%-uk aggódott a rák progressziója miatt, abban az esetben, ha a kezelésüket/vizitjeiket törölték/elhalasztották. A legtöbb beteg (64%) ellátása a tervek szerint folytatódhatott, de 72,3% (n = 892) azt nyilatkozta, hogy nem kaptak teljes körű információt a betegek, illetve a személyzet COVID-19 fertőzési arányáról, valamint a tesztek elvégzéséről vagy pedig a kezelőkórházban tett intézkedésekről. Átlagosan a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála pontszámai 8.8 (tartomány: 5.3-12) illetve 8.1 (tartomány: 3.8-13.4) körüliek voltak. A többváltozós elemzés magas Kórházi Szorongás és Depresszió Skála pontszámokat mutatott, miután a pandémia bekövetkezte során egyesek ellátása módosult, így a betegek aggodalmukat fejezték ki amiatt, hogy nem látogathatják orvosukat, ami a betegek szorongásának független előrejelzőiként funkcionált.

Értelmezés: A nőgyógyászati daganatos betegek jelentős szorongást fejeztek ki a betegségük progressziójával kapcsolatban a COVID-19 világjárványhoz kapcsolódó ellátás módosítása miatt, és az ehhez kapcsolódó kockázatok ellenére a tervezett kezelést folytatni kívánták. Az egészségügyi

szakembereknek ezt figyelembe kell venniük, amikor olyan döntéseket hoznak, amelyek válság idején befolyásolják a betegek ellátását, és olyan kezdeményezéseket kell kidolgozniuk, amelyek javítják a páciensekkel való kommunikációt, illetve az ő felvilágosításukat.

Kulcsszavak:

Félelem, rák, COVID-19, depresszió, EU, elvárások, nőgyógyászati onkológia, páciensek, kilátások

1. Bevezetés

Mint azt mostanra már mind tudjuk, társadalmunkat és az általunk ismert világot a COVID-19 világjárvány eddig soha nem látott módon alakította át. Az egészségügyi ellátórendszereket több szinten is megkérdőjelezték az összes kontinensen, és sürgősen átalakították az ellátást annak érdekében, hogy alkalmazkodni tudjanak a dinamikus ütemben fejlődő közegészségügyi vészhelyzethez.¹ Mivel a fizikai infrastruktúrával és a személyi erőforrásokkal szemben támasztott követelményeket a legvégső határig kiszorítottuk, a leggyengébb, sokkal sérülékenyebb betegcsoportok, mint például az előrehaladott és krónikus rákos megbetegedésekben szenvedők voltak leginkább érintettek ilyen téren. A kormányok új prioritási szinteket hoztak létre, a betegek kezelését illetően, ami egyes esetekben azzal járt, hogy teljesen el kellett őket halasztani, ami viszont megkönnyítette a gyorsan fejlődő egészségügyi korlátozásokat és növelni lehetett ezáltal a COVID-19-ben szenvedő betegek számára a kórházi ellátás elérhetőségét.⁶⁻¹³

Jelentősen megnövekedtek az igények az intenzív osztályon való megfigyeltség és a lélegeztető gépek beszerzését illetően a rákos, illetve a nem-rákos betegek tekintetében, ami egy általános aggodalmat váltott ki a klinikusok és a szabályhozók körében arról, hogy sok egészségügyi rendszer idővel túlterheltté fog válni.¹⁴⁻¹⁶

Ezenkívül a Kínából^{14, 15} és más nemzetközi tanulmányokból¹⁶ származó elkeserítő tapasztalatok azt mutatták, hogy az aktív kezelés alatt álló rákos betegeknél a COVID-19-hez kapcsolódó morbiditás és mortalitás jelentősen megnőtt. A perioperatív COVID-19 kialakulásával járó daganatos betegek műtéti mortalitása 25%¹⁴⁻¹⁶ körüli érték volt, ami a műtéti és kemoterápiás protokollok utólagos átgondolásához és módosításához vezetett a pandémia csúcsakor. A nőgyógyászati rákos megbetegedések a nők teljes rákterheltségének jelentős részét teszik ki.¹⁷ Becslések szerint világszerte félmillió halálesetet okoznak a petefészek-, méhnyak-, endometrium- és vulva-/ hüvelyi rákos

megbetegedések, melyek előfordulása terén több mint egymillió új esetet regisztráltak.¹⁸ Minden nagyobb nőgyógyászati onkológiai társaság következetes ajánlásokat tett közzé a személyzet, a család és a betegek vírusnak való kitettségének minimalizálása érdekében a világjárvány kezdetén. A fő kezelési útvonalak jelentős módosításai közé számos tényező tartozott; például az elektív (nem sürgős) műtétek elhalasztása, a neoadjuváns kemoterápia növekvő aránya előrehaladott betegségnél, a műtét mértékének csökkentése / leállítás a kiújulás esetén és a rutinszerű megfigyelési / felügyeleti látogatások elhalasztása, valamint a telemedicinára / webalapú konzultációra való áttérés. A helyzet sürgőssége dinamikus döntéshozatali folyamatokat igényelt minden szinten, azonban igen kevés idő állt rendelkezésre a betegek perspektíváinak beépítésére vagy akár a figyelembe vételükre. A növekvő rákos halálozások feltehetően ennek a járványnak a fő következményeinek lesznek köszönhetőek, így rendkívüli fontosságú, hogy a betegek kifejezhessék és hallathassák hangjukat a nyilvános fórumokon, hogy mások tanulhassanak belőle és ezáltal legyen valamiféle tervünk a COVID-19 jövőbeli hullámaint illetően, továbbá, hogy fel tudjunk készülni egy hasonló krízis bekövetkeztére.

Ebből a szempontból az ESGO által létrehozott hálózat; a Nőgyógyászati Daganattal foglalkozó Betegszervezetek Európai Hálózata /ENGAGe, felmérést végzett Európában a nőgyógyászati-rákos betegek körében, hogy kiderítse, hogyan érzékelik a nőgyógyászati daganattal érintett nők az ellátás változását a személyes tapasztalataikon keresztül.

2. Módszerek

2.1. | Betegek és paraméterek

Ez egy prospektív felmérés, amelyet 16 európai országban (Franciaország, Egyesült Királyság, Olaszország, Spanyolország, Görögország, Törökország, Csehország, Németország, Hollandia, Dánia, Lengyelország, Szerbia, **Magyarország**, Fehéroroszország, Írország és Finnország) végeztek, online, illetve papír formában, 2020. május 1. és 30. között. Minden 18 évesnél idősebb, bármilyen stádiumú, szövettani és típusú nőgyógyászati rákban szenvedő beteg jogosult volt a részvételre mindaddig, amíg aktív kezelés vagy felügyelet alatt áll. Kezelési fázisuk aktuális szakaszától függően a betegeket három kategóriába soroltuk: 1. típus műtétre beütemezettek elsődleges vagy visszatérő rák diagnózisával; 2. típus kemoterápiában és / vagy radioterápiában részesülve primer vagy visszatérő betegség esetén (ide tartozik a neoadjuváns kemoterápiás kezelés és a fenntartó kezelés célzott kivitelezése), a 3. típusba pedig azok tartoztak, akik rutin onkológiai megfigyelés alatt álltak. Az otthoni, illetve közösségi palliatív ellátásban részesült betegeket nem vették figyelembe a vizsgálat elvégzése során. Mivel a Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát kiértékeltek, kizártunk minden olyan beteget, akinél korábban valamilyen pszichiátriai rendellenességet diagnosztizáltak, amely nem állt összefüggésben a rák diagnózisával, és amelyhez gyógyszeres kezelésre volt szükség, mint például bipoláris rendellenességnél vagy skizofréniánál. A tanulmány etikai bizottságának jóváhagyása a törökországi Hacettepe Egyetemen (16969557-580) lett megszerezve, és konzorciumi protokollt küldtek az összes résztvevő országba helyi etikai jóváhagyás céljából, az egyes országok szabályozásainak megfelelően. Amikor a tanulmányt a közösségi médián keresztül online népszerűsítették a betegek képviselői szervezetei, nem volt szükség további etikai jóváhagyásra. A felmérés teljesen névtelen volt, és semmilyen formában nem kértek és nem rögzítettek személyi azonosító információkat, például nevet, kezdőbetűt, vagy születési dátumot.

2.2 | A felmérés kivitelezése

A felmérés két részből állt: egy COVID-19-cel kapcsolatos részből (A és B rész), valamint a jól bevált és validált 14 tételű Kórházi Szorongás és Depresszió Skálából (HADS).^{20,21} Az A és a B részt a Hacettepe Egyetem kutatói fejlesztették ki, beleértve nőgyógyászati orvosokat és onkológusokat és pszichiatereket. A felmérés angol nyelvű kérdőívnek teljes példánya e cikk mellékletében található. Annak érdekében, hogy a felmérést különböző európai országokban alkalmazhassák, az A és B részt az

ESGO helyi orvosai és az ENGAGE tagjai fordították le. Egy validált HADS űrlap 115 nyelven érhető el, ezért alkalmas nemzetközi szinten is kutatók számára. A HADS kérdőív használatát a GL Assessment Ltd., Swindon, Egyesült Királyság engedélyezte. A kutatásról licencszerződés készült, és a jelen tanulmányhoz szükséges fordításokért pedig felhasználói díj lett fizetve. A HADS egy 14 elemből álló önértékelésre alkalmas minősítési skála egy 4 pontos Likert-skálán (0–3 tartomány). Úgy tervezték, hogy mérje a szorongást és a nyomásnövekedést (hét elem minden alskálánként). Néhány kérdés a szorongást, míg a többi a depressziót határozza meg. A HADS-kérdőív maximális pontszáma 21. A ≥ 11 -es pontszámok bármelyik alskálán a pszichológiai morbiditás (rendellenes) jelentős „esetnek” számítanak, míg a 8–10 pontszám a „határvonalat” és a 0–7 a „normális” értéket képviseli (egészséges egyének). Az alkalmazhatóság biztosítása érdekében az eredetileg kidolgozott tervezetet az ENGAGE végrehajtó bizottsága terjesztette ki, amely visszacsatolásuk céljából három orvost és öt nőgyógyászati rákkal megküzdött túlélőt vont be különböző európai országokból. A felmérést ezután elküldték az összes nemzeti ENGAGE tagszervezetnek (> 40) végső visszajelzés és észrevételzés céljából, hogy biztosítsák a páneurópai betegek bevonását a COVID-19-hez kapcsolódó kérdőív kidolgozásába és alkalmazhatóságába. Az ENGAGE szervezeteket kifejezetten arra kérték, hogy értékeljék a kérdések érthetőségét helyi laikus nyelven. A felmérés elkészülte után online kérdőívként (Survey Monkey) feltöltötték az internetre, ezért az online és a nyomtatott felmérés egyaránt elérhető volt a résztvevők számára. A felmérés végleges változatát a cikk S1 adatai mutatják be

2.3 | A felmérés terjesztése és népszerűsítése

A felmérés terjesztése és promóciója igazgatósági szinten, az ENGAGE és a kutatók által volt biztosítva annak érdekében, hogy csupán a felmérés kivitelezése kapcsán ne történjen semmiféle szükségtelen kórházi vagy klinikai látogatás. Az egyes országok helyi igényeitől, szokásaitól és rendszermodifikációitól függően a felméréseket különböző csatornákon küldték ki a betegek számára, illetve a kezelő klinikai csoport, vagy a nemzeti betegszövetkezetek és érdekképviseleti csoportokon keresztül. Az egyes betegek a közösségi média platformjain és a fórumokon keresztül is népszerűsítették a felmérés linkjét. Azokban az országokban, ahol az online felmérés nem volt elérhető a helyiek nyelvén, az angol nyelvű online felmérési linket egy lefordított dokumentumfájljal együtt töltötték fel, így a betegek a helyi ENGAGE szervezetek közösségi média csatornáin keresztül is hozzáférhettek a lefordított változathoz. Az ENGAGE tagjai emellett online, élő közvetítésű telekonferenciákat szerveztek tagjaik számára, hogy kifejthessék az online felméréssel kapcsolatos kérdéseket (a teljes tanulmány populációjának 2,9% -a). Mindezeket az intézkedéseket a társadalmi elszigeteltség, a nyelvi vagy technikai nehézségek által kiváltott akadályok

leküzdése érdekében tették, különösen az idősebb betegekre való tekintettel.

2.4 | Statisztikai elemzés

Az online felmérés adatai automatikusan össze lettek gyűjtve a szerverről. A nyomtatott felmérés adatait a helyi vizsgálat kivitelezői felvitték Excel vagy SPSS formanyomtatványokba, és központilag küldték őket elemzésre. Két vagy több hiányzó elemet, illetve érvénytelen kérdést tartalmazó kérdőívet kizártunk a vizsgálatból. Többváltozós logisztikus regressziós elemzést alkalmaztak a „súlyos szorongás”, „súlyos depresszió” és „a rákkal szemben a COVID-19-től kialakuló nagyobb félelemre” vonatkozó prediktorok eltávolításához. Ezeket a függő változókat kategorikus változóként kódolták (0 és 1). A regressziós modellben lejártszó független változókat sorszámként határoztuk meg. Az összes Likert-típusú kérdést két kategóriába sorolták; „0”-val kódolták az alábbi válaszokat: a tanulmány szerint a célokkal erősen nem értek egyet, nem értek egyet vagy pedig részben egyet is értek, és nem is; míg az egyetértést és az erős egyetértést „1”-ként kódolták. Az egyenlet összes változójára kiszámítottuk az esélyhányadost, valamint a konfidencia intervallumok 95% -ának alsó és felső szintjét, és az esélyhányadosokat statisztikailag értelmezhető p értéként 0,05-nél alacsonyabbnak tekintettük. Minden adatot összegyűjtöttünk és kiértékelünk a Microsoft Excel és az SPSS 25.0 verzióival. (IBM Corp.).

3. Eredmények

3.1. | Betegpopuláció

2020. május 1. és 2020. május 31. között összesen 1388 felmérési űrlapot gyűjtöttünk össze; ebből pedig 592 online, 796 pedig nyomtatott formában készült. Közülük 137-et kizártak a ≥ 2 kérdésre vonatkozó adatok hiánya miatt. Egyetlen beteget sem zártak ki egyidejűleg összefüggő, nem kapcsolódó pszichiátriai rendellenesség miatt. Összesen 1251 kérdőívet vontak be a végső elemzésbe. Nem gyűjtöttük össze azoknak a betegeknek a számát, akik elutasították az online vagy a nyomtatott példányú felméréseket. A betegek mediánban értendő életkora 55 év volt (tartomány: 18–89). Csak 32 nő volt 30 évnél fiatalabb (2,6%), és 141 (11,3%) tartozott a 70 éves vagy annál idősebbek csoportjába. A COVID-19 intézkedéseket szigorúan alkalmazták az idősebb betegek körében globálisan (> 70 év), és a COVID-19-hez kapcsolódó halálozás kockázata hatványozottan növekszik a 70 év feletti betegeknél a fiatalabbakhoz képest. Ezért szeretnénk volna felmérni, hogy ez befolyásolja-e valamilyen formában a beteg észlelését és szorongási szintjét. Ezenkívül sok nőgyógyászati onkológiai cikk 70 év letelte után határozza meg az idősebb betegek és a fiatalabb betegek műtéti megbetegedéseit.²² A legtöbb beteg Magyarországról érkezett ($n = 165$; 13,2%), míg a résztvevő országok közül 7 legalább 100 beteget vett fel, így biztosítva a földrajzi egyensúlyt Európán belül. A betegek többségének ($n = 627$; 54,8%) petefészekrákja

volt, 224 (19,6%) –nek méh- / méhnyálkahártya rákja, 198 (17,3%)–nak méhnyakrákja, és a fennmaradó 96 (8,4%) betegnek pedig más ritkább típusú rákja volt. A kezelési útjuk aktuális szakaszát tekintve 185 (15,4%) volt preoperatív (1. típusú); 553 (46,1%) beteg számolt be kemoterápiában vagy sugárkezelésben való részvételről primer vagy visszatérő betegség (2. típus) miatt, és 463 (35,6%) beteg vett részt nyomon követő megfigyelési programokban (3. típus). Összesen 554 beteg (44,3%) számolt be arról, hogy legalább egy társbetegség fordult elő egyidejűleg a betegségével. Ezek közül 182 (14,8%) betegnél kettő is előfordult; illetve 100-nál (8,1%) három vagy több társbetegség. A betegek közül csak 134 (10,7%) számolt be antidepresszáns gyógyszerek jelenlegi alkalmazásáról. A vizsgált populáció demográfiai adatait az 1. táblázat mutatja be.

1. Táblázat: A betegek demográfiai és HADS pontszámai származási országokként. (1. típus: Preoperatív betegek - műtétet terveznek a rák diagnózisa miatt vagy a közelmúltban kiújult rák kezelése végett; 2. típus: kemoterápiában vagy sugárkezelésben részesülnek, műtét előtt vagy után, primer vagy visszatérő betegség esetén); 3. típus: nem részesül kezelésben, csak megfigyeléskor)

Ország	Egyesült Királyság											Egyéb	Összes					
	Ferensz (%)	Cseh (%)	Dánia (%)	Francia (%)	Finn (%)	Német (%)	Görög (%)	Magyar (%)	Ír (%)	Olasz (%)	Hollandia (%)			Lengyel (%)	Szerbia (%)	Spanyol (%)	Török (%)	
Kor																		
<30 év	1 (0-1)	2 (0-2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0-2)	2 (0-2)	5 (0-4)	0 (0)	7 (0-6)	0 (0)	1 (0-1)	0 (0)	4 (0-3)	4 (0-3)	0 (0)	32 (2-6)	
30-70 év	56 (4-5)	11 (0-9)	31 (2-5)	24 (1-9)	14 (1-1)	39 (3-1)	108 (8-6)	149 (11-9)	40 (3-2)	140 (11-2)	35 (2-8)	121 (9-7)	12 (1)	89 (7-1)	105 (8-4)	79 (76-3)	25 (2)	1078 (86-2)
>70 év	2 (0-2)	0 (0)	16 (0-5)	2 (0-2)	0 (0)	1 (0-1)	23 (1-8)	11 (0-9)	2 (0-2)	14 (1-1)	4 (0-3)	20 (1-6)	0 (0)	16 (1-3)	24 (1-9)	10 (0-8)	6 (0-5)	141 (11-3)
Összes	59 (4-7)	13 (1)	37 (3)	26 (2-1)	14 (1-1)	42 (3-4)	133 (10-6)	165 (13-2)	42 (3-4)	161 (12-9)	39 (3-1)	142 (11-4)	12 (1)	109 (8-7)	133 (10-6)	93 (7-4)	31 (2-5)	1251 (100)
Diagnózis																		
Petefészék	14 (1-1)	9 (0-7)	24 (1-9)	16 (1-3)	8 (0-6)	31 (2-5)	61 (4-8)	63 (5)	19 (1-5)	110 (69-1)	19 (1-5)	60 (4-8)	0 (0)	36 (2-9)	71 (5-6)	70 (5-5)	16 (1-3)	627 (50-1)
Méh	11 (0-9)	0 (0)	0 (0)	4 (0-3)	2 (0-2)	0 (0)	35 (2-8)	13 (1)	5 (0-4)	28 (17-6)	5 (0-4)	50 (3-9)	0 (0)	44 (3-5)	20 (1-6)	4 (0-3)	3 (0-3)	224 (17-9)
Nyaki	27 (2-1)	1 (0-1)	3 (0-3)	2 (0-2)	2 (0-2)	3 (0-3)	23 (1-8)	47 (3-7)	4 (0-3)	18 (11-3)	8 (0-6)	21 (1-7)	1 (0-1)	24 (1-9)	9 (0-7)	2 (0-2)	3 (0-3)	198 (15-8)
Egyéb	5 (0-4)	3 (0-3)	1 (0-1)	4 (0-3)	2 (0-2)	2 (0-2)	11 (0-9)	4 (3-2)	4 (0-3)	3 (2)	2 (0-2)	7 (0-6)	10 (0-8)	5 (0-4)	12 (1)	13 (1)	8 (0-6)	96 (7-6)
Híányzó	2 (0-2)	0 (0)	9 (0-7)	0 (0)	0 (0)	6 (0-5)	3 (0-3)	38 (3)	10 (0-8)	2 (0-2)	5 (0-4)	4 (0-3)	1 (0-1)	0 (0)	21 (1-7)	4 (0-3)	1 (0-1)	106 (8-4)
Összes	59 (4-7)	13 (1)	37 (3)	26 (2-1)	14 (1-1)	42 (3-4)	133 (10-6)	165 (13-2)	42 (3-4)	161 (12-9)	39 (3-1)	142 (11-4)	12 (1)	109 (8-7)	133 (10-6)	93 (7-4)	31 (2-5)	1251 (100)
Gyógymód																		
1. típus	25 (2)	1 (0-1)	0 (0)	7 (0-6)	0 (0)	6 (0-5)	45 (3-6)	12 (1)	3 (0-3)	37 (2-9)	3 (0-3)	17 (1-3)	0 (0)	13 (1)	6 (0-5)	6 (0-5)	4 (0-3)	185 (14-7)
2. típus	15 (1-2)	6 (0-5)	17 (1-3)	13 (1)	5 (0-4)	23 (1-8)	50 (4)	61 (4-9)	11 (0-9)	89 (7-1)	21 (1-7)	32 (2-5)	10 (0-8)	33 (2-6)	107 (8-5)	43 (3-4)	17 (1-3)	553 (44-2)
3. típus	3 (0-3)	5 (0-4)	18 (1-4)	6 (0-5)	8 (0-6)	13 (1)	38 (3)	85 (6-8)	28 (2-2)	35 (2-8)	13 (1)	91 (7-2)	2 (0-2)	63 (5)	5 (0-4)	40 (3-2)	10 (0-8)	463 (38-5)
Híányzó	16 (1-3)	1 (0-1)	2 (0-2)	0 (0)	1 (0-1)	0 (0)	0 (0)	7 (0-6)	0 (0)	0 (0)	2 (0-2)	2 (0-2)	0 (0)	0 (0)	15 (1-2)	4 (0-3)	0 (0)	50 (3-9)
Összes	59 (4-7)	13 (1)	37 (3)	26 (2-1)	14 (1-1)	42 (3-4)	133 (10-6)	165 (13-2)	42 (3-4)	161 (12-8)	39 (3-1)	142 (11-4)	12 (1)	109 (8-7)	133 (10-6)	93 (7-4)	31 (2-4)	1251 (100)
HADS-Depresszió	5-7	8-2	3-8	6-4	7-4	5-9	6-6	5-5	6-3	11-5	5-3	13-4	7-5	6-8	6 (0-5)	7-2	8-3	8-1
HADS-Szorongás	6-9	9-9	5-3	7-6	8-3	8-3	7-9	7-5	7-4	10-8	6-6	12-0	8-9	8-3	9-2	9-4	8-6	8-8

2. TÁBLÁZAT A COVID-19 kapcsolatos félelmek nögyógyászati daganatos betegeknel a COVID-19 járvány idején.

Kérdés/ Válasz	Erősen nem ért egyet/ Nem ért egyet (%)	Egyet is ért meg nem is (%)	Egyetért vagy erősen egyetért (%)
'Jobban félek a ráktól a COVID-dal szemben'	17.5% (211)	23.7% (289)	58.8% (708)
'Úgy gondolom a rákos betegeknel magasabb a COVID-fertőzés kockázata'	10.6% (130)	16.3% (201)	73.2% (901)
'Úgy gondolom, a kemoterápia háttérbe szorítja az immunrendszert, emiatt nő a COVID-fertőzés kockázata'	8.8% (107)	14.9% (181)	76.3% (928)
'Félek attól, hogy kórházi környezetben COVID-fertőzést kapjak, miközben kezelés/ megfigyelés alatt állok'	24.4% (296)	22.6% (274)	53.1% (644)
'Aggódok a betegségem progressziója miatt, ha a kezelésemet / megfigyelésemet megszakítják / elhalasztják'	14.5% (177)	14.5% (177)	71.0% (864)

3. TÁBLÁZAT

Kockázati tényezők, hogy az emberek „jobban félnek a COVID- vírustól a rákhoz viszonyítva”:
többváltozós elemzés (logisztikus regresszió).

Változó	Esélyhányados	95% magabiztosság Intervallum		p Érték
		Alsó	Felső	
Kor (≥ 70 vs. < 70 év)	4.09	2.01	8.32	<0.001
A kezelés típusa (1, 2 vagy 3)	0.68	0.38	1.21	0.19
Petefészekrák (igen vagy nem)	1.12	0.60	1.90	0.68
Velejáró betegség (igen vagy nem)	1.53	0.91	2.58	0.11
Tapasztal-e az ellátásban bármiféle módosítást a járvány miatt? (igen vagy nem)	1.29	0.74	2.24	0.37
COVID-19 fertőzött személyek (betegek vagy orvosok) jelenléte a kórházban, ahol a beteget kezelik (igen vagy nem)	0.8	0.44	1.45	0.45

3.2 | A COVID-19-hez kapcsolódó elemzés és a betegek véleménye

Annak ellenére, hogy a nők túlnyomó többsége (n = 901; 73,2%) úgy gondolta, hogy a rákos betegeknel nagyobb a COVID-19 fertőzés kockázata, elsősorban az immunrendszerük kemoterápiával kiváltott nyomása miatt; csak egy részük félt (n = 211; 17,5%) valójában jobban a COVID-19-től, mint a már addig is meglévő rosszindulatú diagnózistól. A legtöbb beteget (n = 864; 71%) aggasztotta, hogy rákja előrehalad a kezelés késése vagy lemondása, illetve onkológiai megfigyelésük hiányának következtében. A betegek körülbelül fele

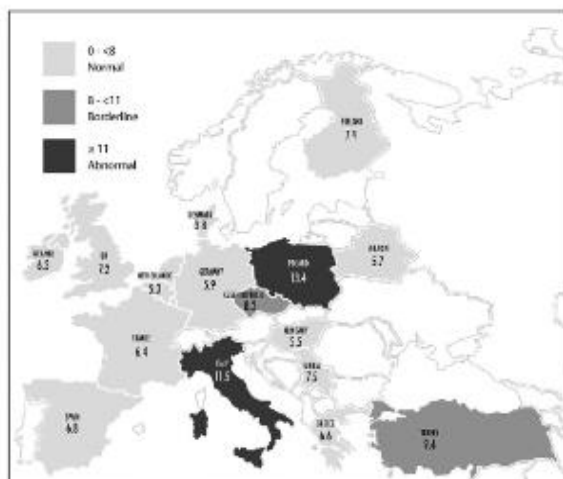
(53,1%) kifejezte félelmét a COVID-19 kórházba vagy klinikákra való bejutásától, miközben épp onkológiai kezelést vagy megfigyelést kapott (2. táblázat). A többváltozós, regressziós elemzésben az előrehaladott 70 éves kor vagy annál idősebb volt az egyetlen kockázati tényező, ami miatt indokolt volt, hogy „jobban féljenek a COVID-19-től a rákhoz képest”. Mivel más tényezők, például aktív kezelés vagy felügyelet, további társbetegségek, metasztatikusan elterjedt betegségek, például petefészekrák, tudatában annak, hogy más COVID-19-fertőzött személyek (orvosok vagy betegek) is jelen voltak a kezelést nyújtó kórházban, és a páciens az ellátás módosítását tapasztalta a járvány következtében, nem volt jelentős hatással a pandémiától való félelemre a rákkal szemben (3. táblázat).

Ami a COVID-19 járványnak a betegek ellátására gyakorolt hatását illeti; 64% (n = 772) kijelentette, hogy az ellátásuk a pandémia ellenére az előzetesen megtervezett módon folytatódott, míg csak 89 (7,4%) beteg számolt be arról, hogy a COVID-19 fertőzéstől való félelem miatt nem vett részt a kezelési / megfigyelési időpontjaikon. Ezenkívül meglehetősen kismértékű kisebbség (n = 156; 12,9%) jelentette ki, hogy habár ők szeretnének menni, orvosaik lemondták a megbeszélésük időpontját, 96 beteg (7,9%) szerint a tervezett kezelés elhalasztása az ő és a kezelő csoportjuk közös döntése volt. A résztvevő betegek több mint fele (n = 699; 56,5%) kijelentette, hogy nincs tudomása arról, hogy más COVID-19-ben szenvedő betegeket kezelnének abban a kórházban / klinikán, ahol ők is kezelésben részesültek. A betegek csak 21,4% -ának (n = 263) volt COVID-19 tesztje a kezelés előtt vagy alatt. A várakozásoknak megfelelően a résztvevő betegek csupán 2,4% -a számolt be arról, hogy az őket kezelő egészségügyi szakemberek COVID-19 fertőzésben szenvedtek, és 72,3% (n = 892) azt mondta, hogy erről egyáltalán nincs információja. A 390 betegből (32,6%), akik arról számoltak be, hogy kezelésük vagy megfigyelésük megváltozott és / vagy módosult a járvány miatt; 77 (6,2%) páciens érte el nehezen kezelőorvosát és csak 64 fő (5,1%) mondta, hogy hogy csúszik a műtétje időpontja. 87 (7%) páciens állította, hogy orvosi képalkotásukat megszakították, 35 (2,8%) főnek késleltették vagy törölték a kemoterápiáját (6; 0,5%), ekközben pedig 160 (12,8%) páciens számolt be arról, hogy megfigyelésüket elhalasztották vagy későbbre rakták. Arra a kérdésre, hogy elhalasztották-e onkológiai ellátásukat, és

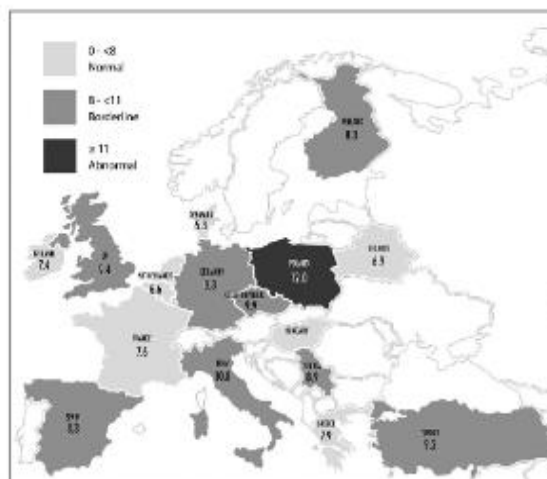
ha igen, hány hétig; 668 (53,4%) beteg tagadta az elhalasztás előfordulását vagy az eltörlését. 132 (10,5%) beteg azt válaszolta, hogy elhalasztották, de nem tudják, meddig és 135 (10,8%) betegnek késleltették a kezelését (medián: 6,2 hét). A klinikai vizsgálatban való részvétel tekintetében 114-en (9,1%) kaptak klinikai kutatási program részeként valamilyen gyógyszert, és közülük csak négyen mondták azt, hogy a vizsgálatát leállították, és hogy nem rendelkeztek további hozzáféréssel az addig vizsgált gyógyszerhez. A klinikai vizsgálatban (110/114) részt vevő betegek szinte mindegyike kifejezte azon óhaját, miszerint a pandémiában is folytatni kívánja a klinikai vizsgálatokban való részvételét. A felmérés ezen részén két nyílt kérdést tettek fel. Az elsöre: „Mi jelenti a legnagyobb kihívást ebben az időszakban?” 623 beteg válaszolt. Kétszázhetvennégy beteg (44%) fejezte ki aggodalmát, amely a pandémia okozta bizonytalansághoz vezetett, miközben csak 13 beteg (2,0%) nevezte meg a pandémia által kiváltott pénzügyi szempontokat, mint kihívást jelentő problémákat. A második nyílt kérdés így hangzott: „Az üzenetet, amelyet továbbítani akarsz a COVID-19 járványról az ESGO-val, az ENGAGE-vel és más nemzetközi szervezetekkel”, erre pedig 156 nő válaszolt. Kilencvenkilenc beteg (65%) arról beszélt, hogy „a rák halálosabb, mint a Covid-19”, és valamit tenni kell a rákos betegek védelme érdekében, példaként megnevezve a speciális termékeket vagy intézkedéseket és a COVID-19-mentes rákkórházakat. Huszonkét beteg (14%) használta fel ezt az alkalmat arra, hogy köszönetét és háláját fejezze ki orvosainak és egészségügyi csoportjainak.

3.3 | HADS Kórházi szorongás és depresszió pontszámok

Az átlagos HADS-szorongási pontszám (HADS-A) 8,8 (tartomány: 5,3–12) és az átlagos HADS-depressziós pontszám (HADS-D) 8,1 volt.



A.) HADS- Depresszió Eredmények (n=1251)



B.) HADS- Szorongás Eredmények (n=1251)

4. TÁBLÁZAT

A kóros (azaz 11–21) HADS szorongási pontszám kockázati tényezői: többváltozós elemzés

Változó	95% Biztosság Intervallum			p Érték
	Esélyhányados	Alsó	Felső	
Kor (≥ 70 vs. < 70 év)	1.24	0.74	2.08	0.41
A kezelés típusa (1,2 vagy 3)	0.8	0.57	1.13	0.20
HADS depresszió pontszám (≥ 11 vs. < 11)	11.98	8.52	16.84	< 0.001
Velejáró betegség (igen vagy nem)	1.27	0.91	1.76	0.16
Tapasztal-e az ellátásában bármiféle módosítást a járvány miatt? (igen vagy nem)	1.52	1.07	2.16	0.02
Nagyobb félelem a COVID-19-től, mint a ráktól (igen vagy nem)	1.04	0.7	1.54	0.86
Petefészekrák (igen vagy nem)	1.08	0.78	1.49	0.66
Aggódik amiatt, hogy a COVID-19 járvány idején nem tudja meglátogatni az onkológusát (igen vagy nem)	1.94	1.35	2.80	< 0.001
Aggódik a rák progressziója miatt, ha a kezelését / megfigyelését megszakítják / elhalasztják (igen vagy nem)	1.05	0.70	1.56	0.82

5. TÁBLÁZAT

A kóros (azaz 11–21) HADS depresszió pontszám kockázati tényezői: többváltozós elemzés

Változó	95% Biztosság Intervallum			p Érték
	Esélyhányados	Alsó	Felső	
Kor (≥ 70 vs. < 70 év)	0.84	0.49	1.42	0.51
A kezelés típusa (1,2 vagy 3)	0.86	0.6	1.22	0.39
HADS szorongási pontszám (≥ 11 vs. < 11)	12.02	8.55	16.9	< 0.001
Velejáró betegség (igen vagy nem)	1.52	1.09	2.13	0.02
Tapasztal-e az ellátásában bármiféle módosítást a járvány miatt? (igen vagy nem)	0.75	0.52	1.08	0.12
Nagyobb félelem a COVID-19-től, mint a ráktól (igen vagy nem)	1.15	0.77	1.71	0.51
Petefészekrák (igen vagy nem)	0.88	0.63	1.22	0.44
Aggódik amiatt, hogy a COVID-19 járvány idején nem tudja meglátogatni az onkológusát (igen vagy nem)	9.65	0.45	0.95	0.03
Aggódik a rák progressziója miatt, ha a kezelését / megfigyelését megszakítják / elhalasztják (igen vagy nem)	1.24	0.83	1.86	0.30

(tartomány: 3,8–13,4). Az országokénti részletes HADS Kórházi Szorongás és Depresszió Skála pontszámokat az 1. táblázat 1. ábrája mutatja be. Ötszáznyolc (40,6%) nőnek normális határvonalon belüli volt az értéke, 301 (24,1%) nőnek borderline szindrómája volt és 442 nőnek (35,3%) abnormális HADS Szorongás pontszáma lett. Ezzel szemben az egyenértékű HADS depressziós pontszám: 610 (48,8%), 258 (20,6%) és 383 (30,6%) volt. A többváltozós logisztikai regressziós elemzés során meg tudtuk állapítani a HADS depresszió pontszámát ≥ 11 (OR: 11,98; 95% CI: 8,52–16,84): Az hogy a páciens az ellátás bármilyen típusú megváltozását érzékelte a pandémia következtében (OR: 1,52; 95% CI: 1,07–2,1), vagy hogy amiatt aggódott, hogy a pandémia alatt nem látogathatja meg az onkológusát (OR: 1,94; 95% CI: 1,34–2,8), szignifikánsan nagyobb kockázatot jelentett a kóros (azaz 11–21) HADS szorongásos pontszám eredményének tekintetében.. Az életkor, a rák kezelésének típusa, a további társbetegségek, a COVID-19-től való nagyobb mértékű félelem, mint magától a rák előrehaladásától, vagy éppen ha a kezelést / megfigyelést megszakítják vagy elhalasztják, mind nem gyakoroltak jelentős hatást a

betegek szorongási szintjére (4. táblázat). A kóros HADS Depresszió pontszámokkal (azaz ≥ 11) rendelkező betegeknél a többváltozós elemzés nem azonosította az életkort, a kezelés vagy a rák típusát, mivel a pandémia miatt az ellátásuk módosult, és jobban féltek a COVID-19-től, mint a rák progressziója miatt, ha a kezelést / megfigyelést elhalasztották vagy eltörölték, de csak kizárólag kóros HADS szorongási pontszámokkal (OR: 12,02; 95% CI: 8,55–16,9) vagy további kísérő betegségekkel rendelkezők számára (OR) : 1,522; 95% CI: 1,08–2,13). Azoknál a betegeknél, akik aggódtak amiatt, hogy a COVID-19 járvány idején nem tudják felkeresni onkológusukat, szignifikánsan ritkábban mutattak ki magas depressziós pontszámot (OR: 0,652; 95% CI: 0,449–0,949) (5. táblázat)

4 | Eredmények

Az alábbiakban legjobb tudásunk szerint fogjuk prezentálni a fejezet eredményeit, amely elemzi az Európában lévő, nőgyógyászati rákban szenvedő betegek nézeteit, félelmeit és perspektíváit, a COVID-19 járvány okozta ellátásuk hatásával és módosításával kapcsolatban. 16 európai ország 1251 válaszadójaival nagy földrajzi lefedettséget értünk el a helyi elfoglaltság leküzdése érdekében. Mind online, mind papír alapú kérdőívek birtokában kiküszöböltük az online felmérések és terjesztési folyamatok ismert torzításait. Kimutattuk, hogy bár a várakozásoknak megfelelően a legtöbb beteg a rákot nevezte meg a COVID-19 kialakulásának fő rizikófaktoraként, kevesebb, mint a betegek egyötöde félt jobban a COVID-19-től, mint magától a rákos állapotától, és ez leginkább a 70 év feletti idősebb betegekre volt jellemző. Noha a betegek tisztában voltak a COVID-19 kialakulásának megnövekedett kockázatával, legfőbb gondjuk továbbra is a progresszív betegség kialakulásának lehetősége volt a pandémiában bekövetkezett kezelési zavar következtében. Emiatt a betegek több mint 90% -a megpróbált az eredeti ütemterv szerint részt venni a tervezett kezeléseken. A várakozásoknak megfelelően a szorongás és a depresszió érzete erősen összefüggött egymással. A tehetetlenség, ami azt eredményezte, hogy nem tudták meglátogatni kezelőcsoportjukat, valamint a pandémia miatt módosult az ellátásuk, jelentősen hozzájárult a betegek magas szorongásszintjéhez. Egyre több feljegyzés áll rendelkezésre arról, hogy a pszichés aggodalom valamilyen előrejelző képességgel bírhat a rák megjelenése és előrehaladása szempontjából²³, azonban ami ennél is fontosabb, az az, hogy mi, mint orvosok, tevékenységeink révén ne tápláljuk a betegekben a stressz kialakulását, és gondosan mérlegeljük az általunk tervezett intézkedéseket. Ezzel szemben a magas depressziós pontszámmal rendelkező nők úgy tünnek, mintha beletörődnének a helyzetükbe, és lényegesen kevésbé foglalkoznának azzal, hogy elérhetik-e vagy meglátogathatják-e orvosukat. Érdekes módon az, hogy valaki „jobban fél a COVID-19-től, mint a ráktól”, nem befolyásolta szignifikánsan a szorongás vagy a depresszió szintjét. A páciens egyértelmű kívánsága, hogy folytassa részvételét a klinikai vizsgálatokban, ami potenciálisan több fizikai kórházi látogatással és megnövekedett morbiditással jár együtt, megmutatja vágyat, hogy az egyén maximális terápiás erőfeszítéssel haladjon, még akkor is, amikor a legkiszolgáltatottabb helyzetében van. Az európai COVID-19 világjárvány hotszpotjai a várakozásoknak megfelelően tükröződtek az általunk regisztrált HADS Kórházi Szorongás és Depresszió Skála pontszámain is. Az Egyesült Királyság, Olaszország, Franciaország és Spanyolország, amelyek 27 000–40 000 COVID-19 okozta halálesetet regisztráltak Európában²⁴, valóban rendellenes HADS-pontszámokat mutattak, valószínűleg Olaszországgal az élen, mivel ez volt az első súlyosan érintett európai ország a járvány terjedésének tekintetében. Ugyanakkor más területeken, például Törökországban és Kelet-Európában is az egyik legmagasabb szinten volt a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála - felmérésünk szerint, még akkor is, ha a COVID-19 pandémiából származó új esetek és halálozások száma az egyik legalacsonyabb volt Európában²⁴. Ez potenciálisan azt jelezheti, hogy nemcsak

a vírus iránti félelem okozza a betegeket szorongást, hanem inkább a pandémiának a társadalomra gyakorolt következményei. Egyes országok erőforrásaiknak és mechanizmusaiknak köszönhetően képesek könnyebben megbirkózni és alkalmazkodni az ellátás átszervezéséhez. Meglepő módon a rák típusa és kezelése nem volt jelentős hatással a betegek szorongási és depressziós pontszámára. Felmérésünkben a petefészekrák volt a leggyakoribb ráktípus, valószínűleg a betegség krónikus állapota miatt, amikor a betegeket hosszútávú kezelés és megfigyelés alatt tartották, rengeteg klinikai vizsgálatban vettek részt, és gyakran fenntartó kezelés alatt is álltak. Tekintettel a kiterjedt cytoreduktív műtetre és a multiviscerális reszekciókra, sok országban a petefészekrák műtéteket el kellett halasztani vagy el kellett törölni az infrastrukturális támogatás megszakítása következményeképp^{6,7,10,12}. Mi azt feltételeztük előzetesen, hogy a petefészekrákban szenvedő betegeknél sokkal magasabb lesz a szorongás és a depresszió szintje, mint a kedvezőbb ráktípusú betegeknél -például az endometrium ráknál- ami végül nem igazolódott be. Közös téma volt a betegek átláthatóságának és az információáramlás hiányának kérdése a COVID-19 incidensről a kezelést nyújtó kórházakban, valamint a COVID-19 teszteléssel kapcsolatban, egyértelműen meghatározva azokat a figyelmeztetéseket, amelyek szerint az egészségügyi ellátórendszert átalakították mind a COVID-19 betegek, illetve nem COVID-19 betegek, valamint a személyzet befogadására. Vizsgálatunk eredményei egyértelmű üzenetet közvetítenek az egészségügyi közösség számára, hogy válság idején (például természeti katasztrófák és járványok) jobban aggódnak a betegek egyéni egészségügyi szükségleteik miatt, és ezáltal az egészségügyi szakemberek felelőssége, hogy minden kihívás ellenére támogassuk őket. A jelenlegivel azonos tanulmányok más rákos megbetegedések kapcsán, például a mellrák területén, nagyon hasonló eredményeket mutatnak a miénkhez képest azoknál a betegeknél, akik jelentős szorongást, depressziót és észlelt kognitív funkciót produkálnak a COVID-19 helyzet miatt. Úgy tűnik, hogy a szerzők és az onkológus közösség fellebbeznek és támogatják az elérhető beavatkozások gyors végrehajtását, amelynek célja a rákos betegek érzelmi ellenálló képességének elősegítése válság idején.²⁵ Vizsgálatunknak voltak azonban korlátai. Szinte biztosan nem sikerült elérnünk az idősebb, többszörös társbetegségben szenvedő betegeket, akik egyedül voltak otthon, mivel túlságosan félték a járványtól és attól, hogy közösségbe merészkedjenek. Sőt, a felmérés nyomtatott példányait is kórházi megbeszéléseken töltötték ki az orvosukkal folytatott interakció során, ahol megbeszélhették aggályaikat és ezt követően megnyugvást kaphattak. Azok a betegek, akiknél relapszusos vagy palliatív műtétet töröltek, és időközben nem részesültek szisztémás kezelésben, nem feltétlenül jutottak hozzá a felméréshez, mivel a kezelőcsoportjaikkal való interakció mértéke csökkent. A felmérés keresztmetszeti jellege megakadályozza a jelenlegi és a szorongás és depresszió pre-pandémiás szintjének összehasonlítását. Nem zárhatjuk ki teljesen a daganatos betegeknél várhatóan megnövekedett szorongási és depressziós pontszámokat, annak ellenére, hogy az elemzést csak rendelkezéses magas pontszámoknál végzik. Végezetül pedig nem tudtuk számszerűsíteni a telemedicina és a virtuális klinikák

hatását, amelyek közül igen sok a pandémia alatt gyorsan fejlődött, és ezáltal bizonyos alcsoportok számára is megnyugvást jelenthetett. Eredményeink mégis szilárd alapot szolgáltatnak az egészségügyi közösség számára annak megértéséhez, hogy a betegek hogyan érzékelik az ellátás módosítását válság idején, és hogyan határozzák meg prioritásaikat személyes szinten, az átláthatóság és az információáramlás vonzerejével együtt. Mivel a rákos megbetegedések elkerülhetetlen járulékos kárt jelentenek, a betegek hangját hallani kell a klinikai, a szabályozási és a politikai döntéshozó körökben, különösen akkor, ha az ellátást visszaállítanák a várható gyógyulás következő időszakában. Ezeknek a megállapításoknak irányt kell mutatniuk a jövőbeni döntésekhez, ha ismételt későbbi COVID-19 hullámok vagy egyéb, új típusú járványok jelentkeznek. Ha esetleg a kormányok nem tudnák megtenni a szükséges megelőző intézkedéseket a betegek szorongása érdekében a járvány idején, a nemzeti és nemzetközi társadalmak a lehető legnagyobb mértékben segíthetnek a betegeknek. A mintegy 2500 tagot számláló ESGO család elővásta a rákos betegek üzeneteit. Az ENGAGe-vel együtt egy sorozatos akciót hajtottak végre, mint például COVID-19 témájú webes szemináriumokat tartottak betegek számára, illetve relaxációs és stresszoldó telekonferenciákat bonyolítottak le a betegekkel, valamint létrehozta egy ESGO COVID-19 alakulatot a betegek és a hivatalos COVID-19 szórólapok bevonásával. Ezeket globálisan lehet alkalmazni, és a betegeket is be lehet vonni a döntéshozatali elemzésekbe pandémiai időszakokban.

Szerzői Közreműködés:

Murat Gultekin: Conceptualisation, Methodology, Software, Resources, Formal analysis, Investigation, Writing—Original Draft, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Sertac Ak:** Conceptualisation, Methodology, Software, Resources, Data Curation, Formal analysis, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Ali Ayhan:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Aleksandra Strojna:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Andrei Pletnev:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Anna Fagotti:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Anna Myriam Perrone:** Investigation and Writing—Review & Editing. **B. Emre Erzenoglu:** Software, Investigation and Writing—Review & Editing. **B. Esat Temiz:** Software, Investigation and Writing—Review & Editing. **Birthe Lemley:** Conceptualisation, Methodology, Validation, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Burcu Soyak:** Conceptualisation, Methodology, Software, Resources and Formal analysis, **Cathy Hughes:** Investigation and Writing—Review & Editing. **David Cibula:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Dimitrios Haidopoulos:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Donal Brennan:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Edoardo Cola:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Elzbieta van der Steen-Banasik:** Investigation, Writing—Review & Editing. **Esra Urkmez:** Conceptualisation,

Methodology, Software, Investigation and Writing—Review & Editing. **Huseyin Akilli:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Ignacio Zapardiel:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Ic6 T6th:** Conceptualisation, Methodology, Validation, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Jalid Sehouli:** Conceptualisation, Investigation, and Writing—Review & Editing. **Kamil Zalewski:** Conceptualization, Methodology, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Kiarash Bahremand:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Luis Chiva:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Mansoor Raza Mirza:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Maria Papageorgiou:** Conceptualisation, Methodology, Validation, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Novak Zoltan:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Petra Adámková:** Conceptualisation, Methodology, Validation, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Philippe Morice:** Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Sonia Garrido-Mallach:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Utku Akgor:** Conceptualisation, Methodology, Software, Resources and Formal analysis, **Vasilis Theodoulidis:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Zafer Arik:** Investigation and Writing—Review & Editing. **Karina Dahl Steffensen:** Conceptualisation, Methodology, Software, Resources, Investigation, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration. **Christina Fotopoulou:** Conceptualisation, Methodology, Software, Resources, Formal analysis, Investigation, Writing—Original Draft, Writing—Review & Editing, Supervision and Project administration.

ADATOK ELÉRHETŐSÉGI NYILATKOZATA

A szerzők kérésére rendelkezésre álló adatok.

ORCID

Murat Gultekin <https://orcid.org/0000-0002-4221-4459>

Anna Myriam Perrone <https://orcid.org/0000-0003-3140-4772>

BIBLIOGRAFIA

1. Raymond E, Thieblemont C, Alran S, Faivre S. Impact of the COVID-19 outbreak on the management of patients with cancer. *Target Oncol.* 2020;22:1-11.
2. Glehen O, Kepenekian V, Bouché O, Gladiéff L, Honore C, RENAPE-BIG-RENAPE. Treatment of primary and metastatic peritoneal tumors in the COVID-19 pandemic. Proposals for prioritization from the RENAPE and BIG-RENAPE groups. *J Visc Surg.* 2020;23:S1878–7886(20), 30118–1.
3. Desideri I, Pilleron S, Battisti NML, et al. Caring for older patients with cancer during the COVID-19 pandemic: a young international society of geriatric

- oncology (SIOG) global perspective. *Geriatr Oncol.* 2020;S1879–4068(20)30215–0.
4. Wang Y, Zhang S, Wei L, et al. Recommendations on management of gynecological malignancies during the COVID-19 pandemic: perspectives from Chinese gynecological oncologists. *J Gynecol Oncol.* 2020. <https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e68>. Online ahead of print
 5. Vecchione L, Stintzing S, Pentheroudakis G, Douillard JY, Lordick F. ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: colorectal cancer. *ESMO Open.* 2020;5(Suppl 3):e000826. <https://doi.org/10.1136/esmooopen-2020-000826>
 6. <https://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/BGCS-guidance-v-3-final-1.pdf>. Accessed November 2020.
 7. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/specialty-guide-acute-treatment-cancer-23-march-2020.pdf>. Accessed November 2020.
 8. Ramirez PT, Chiva L, Ane Gerda Z, et al. COVID-19 global pandemic: options for management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Cancer.* 2020;30(5):561-563. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001419>. Epub 2020 Mar 27
 9. <https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individual-cancer-during-covid-19>. Accessed June 2020.
 10. <https://www.sgo.org/clinical-practice/management/COVID-19-resources-for-health-care-practitioners/surgical-considerations-for-gynecologic-oncologist-during-the-COVID-19-pandemic/>. Accessed June 2020.
 11. <https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic>. Accessed November 2020.
 12. <https://www.esgo.org/esgo-COVID-19-communication/>. Accessed November 2020.
 13. COVID-19Surg Collaborative, Nepogodiev D, Bhangu A. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global pre-dictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg.* 2020. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>
 14. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020;21(3):335-337.
 15. Xia Y, Jin R, Zhao J, Li W, Shen H. Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol.* 2020;21(4):e180. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30150-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30150-9)
 16. COVID-19Surg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *The Lancet.* 2020;396(10243):27-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X).
 17. GCO. Cancer today. <http://gco.iarc.fr/today/home>. Accessed April 25, 2020.
 18. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer. In: Preedy VR, Watson RR, eds. *Handbook of disease burdens and quality of life measures.* New York, NY: Springer; 2010:803-823.
 19. Sud A, Jones M, Broggio J, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol.* 2020;31(8):1065-74. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.05.009>
 20. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
 21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
 22. Fotopoulou C, Savvatis K, Steinhagen-Thiessen E, Bahra M, Lichtenegger W, Sehouli J. Primary radical surgery in elderly patients with epithelial ovarian cancer: analysis of surgical outcome and long-term survival. *Int J Gynecol Cancer.* 2010;20(1):34-40. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181c10c04>.
 23. David Batty G, Russ Tom C, Emmanuel S, Mika K. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ.* 2017;356:j108. <https://doi.org/10.1136/bmj.j108>
 24. https://covid19.who.int/?gclid=CjwKC-AiAtK79BRAIEiwA4OskBIHcoL_oJUYbCs9R02bHxNUb9aM5CjkSJ5kMUhdQ_jiYMHMeHsd2xRoCdM4QAvD_BwE. Accessed November 2020
 25. Swainston J, Chapman B, Grunfeld EA, Derakshan N. COVID-19 lockdown and its adverse impact on psychological health in breast cancer. *Front Psychol.* 2020;24(11):2033. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02033>

TÁMOGATÓ INFORMÁCIÓK

További támogató információk megtalálhatók online a Támogató információk részben

Hogyan lehet hivatkozni erre a cikkre?:

Gultekin M, Ak S, Ayhan A, et al. Perspectives, fears and expectations of patients with gynaecological cancers during the COVID-19 pandemic: A Pan-European study of the European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups (ENGAGe). *Cancer Med.* 2020;00:1–12. <https://doi.org/10.1002/cam4.3605>