

A hagyományos daganatterápiát kiegészítő komplex életmód és pszichoszociális intervenciós program - igen biztató eredményekkel

Kovács Zsuzsanna¹, Rigó Adrien², Kökönyei Gyöngyi², Szabó Éva³, Kovács Dorottya⁴, Sebestyén Árpád⁵, Balogh Béla⁵, Prezenszki Zsuzsanna⁴, Nagy Melánia⁵

¹Semmelweis Egyetem ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, ²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológia Intézet, ³Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály, ⁴„A rák ellen, az emberért, a holnapért!” Társadalmi Alapítvány, ⁵Egészségforrás Alapítvány, Budapest

Kutatásunkban egy átfogó, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható komplex pszichoszociális intervenciós program hatékonyságát vizsgáltuk emlődaganatos nők körében. Általános célkitűzésünk a megküzdés, a kognitív-érzelmi feldolgozás elősegítése, az életminőség javítása, a remissziók esélyének csökkentése, a lelki és spirituális növekedés támogatása volt. Kutatásunkat Budapesten, az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztályán végeztük, 173 malignus emlődaganattal (C50) kezelt nőbeteg részvételével (kísérleti csoport: n=86, kontroll csoport: n=87). A kísérleti csoportból 34 személy vett részt a komplex intervenciós programban. Két mérést végeztünk: a program előtt és a program befejezése után. Méréseszközök: Beck depresszió kérdőív rövidített változata, életminőség kérdőív (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23), Spielberger-féle vonás szorongás kérdőív (STAI-T), betegségkogníció kérdőív (IPQ-R), poszttraumás növekedés kérdőív, előnytalálás kérdőív. Varianciaanalízist, khi-négyzet-próbát és Fisher exact próbát alkalmaztunk. A kísérleti programban részt vett személyeknél szignifikáns pozitív változás jött létre a kontroll csoporthoz képest: a szorongás $F(1, 65)=6,021, p=0,017$; a depresszió $F(1, 72)=4,347, p=0,041$ csökkenése, a személyes kontroll megélése $F(1, 69) = 7,346, p=0,008$; az EORTC általános egészség/életminőség alszála $F(1, 78)=7,531, p=0,008$; az EORTC fizikai-testi működés $F(1, 78)=4,874, p=0,014$; az EORTC kimerültség tünete $F(1, 78)=15,060, p=0,000$; a BR23 testkép $F(1, 79)=8,828, p=0,004$; a BR23 kar-tünetek $F(1, 78)=7,229, p=0,009$; az előnytalálás $F(1, 80)=21,171, p=0,000$, és a poszttraumás növekedés $F(1, 31)=24,186, p=0,000$ területén. A program hatékonyak bizonyult, szélesebb körű alkalmazását javasoljuk. Magyar Onkológia 56:??-??, 2012

Kulcsszavak: emlődaganat, életminőség, megküzdés, komplex pszichoszociális intervenció, poszttraumás növekedés

The aim of the research was to assess the effectiveness of a comprehensive, complex psycho-social intervention program, operating on different levels of spiritual plane, life management and behavioural health, among women with breast cancer. The general objective of the study was to help in coping, promote cognitive and emotional processing, encourage psychological and spiritual growth, improve the quality of life, and reduce the chances of remission. The research has been carried out in Budapest at the Radiology Diagnostic Department of the National Oncology Institute, involving 173 women treated for malignant breast tumour (C50) (experimental group: n=86, control group: n=87). Thirty-four women from the experimental group participated in the complex intervention program. We carried out two tests: one before the start and one after

Levelezési cím: Dr. Kovács Zsuzsanna, Semmelweis Egyetem ETK, 1088 Budapest, Vas utca 17.

Telefon: (06-1) 486-4923, E-mail: kovacszs@se-etk.hu

Közlésre érkezett: 2012. május 22. • Elfogadva: 2012. szeptember 20.

A kutatást finanszírozta és támogatta: Suzuki Barta Kft., „A rák ellen, az emberért, a holnapért!” Alapítvány, Egészségforrás Alapítvány

the end of the program. Research tools: Shortened Beck Depression Inventory, Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23), Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T), the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Posttraumatic Growth Inventory, and the Benefit Finding Questionnaire. The women participating the experimental program showed a significant positive change in comparison to the control group: in anxiety $F(1, 65)=6.021, p=0.017$; in depression: $F(1, 72)=4.347, p=0.041$; in experience of personal control: $F(1, 69)=7.346, p=0.008$; in EORTC General Health/Quality of Life Subscale $F(1, 78)=7.531, p=0.008$; in EORTC physical functioning $F(1, 78)=4.874, p=0.014$; in EORTC fatigue $F(1, 78)=15.060, p=0.000$; in BR23 body-image $F(1, 79)=8.828, p=0.004$; in BR23 arm symptoms $F(1, 78)=7.229, p=0.009$, in benefit finding $F(1, 80)=21.171, p=0.000$, and in posttraumatic growth $F(1, 31)=24.186, p=0.000$). The program has proven effective, its widespread use in practice is recommended.

Kovács Zs, Rigó A, Kökönyei Gy, Szabó É, Kovács D, Sebestyén Á, Balogh B, Prezenszki Zs, Nagy M. Complex psycho-social intervention program complementing conventional antitumor therapy - promising results. Hungarian Oncology 56:??-??, 2012

Keywords: breast cancer, quality of life, coping, complex psychosocial intervention, posttraumatic growth

BEVEZETÉS

A daganatos megbetegedések komplex terápiájában világszerte egyre nagyobb szerepet kap az onkopszichológia és az integrált pszichoszociális ellátás. Az elmúlt évtizedek pszichoneuro-immunológiai, pszichoneuro-endokrinológiai és egészségpszichológiai kutatásai igazolták az életmód, az egészségmagatartás és a lelki tényezők jelentőségét mind az onkológiai betegségek kialakulásában, mind a gyógyulási folyamatban (22). A Nemzeti Rákellenes Program hazánkban is kiemeli a pszichés segítségnyújtás elérhetőségének a fontosságát (28), kidolgozásra került az onkopszichológiai szakmai protokoll (36). A szakmai evidenciáknak megfelelően már számos kórházban multidiszciplináris onkológiai munkacsoport segíti a betegeket; az onkológus szakorvos és szakápoló mellett helyet kap a teamben a klinikai szakpszichológus, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás, gondozó lelkész is.

A számtalan előremutató és pozitív változás ellenére azonban ma még korántsem élünk eléggé az egészségpszichológia és az onkopszichológia által nyújtott lehetőségekkel.

A daganatos sejtburjánzás okai jelenlegi ismereteink szerint mintegy 70–85%-ban olyan környezeti hatásokra és életmódbeli tényezőkre vezethetők vissza, mint a rákkeltő anyagoknak történő expozíció, sugárzások, dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgáshiány, rendszertelen, stresszes életvezetés, nem megfelelő étkezés, lelki problémák (38, 50). E tényezők nem csak a daganat kialakulásában játszhatnak fontos szerepet, de közülük számos képes befolyásolni a már kialakult betegség „sorsát” is, hatással lehet a gyógyulási esélyekre, kiújulásra (22, 29). A daganatos betegségek nem hagyományos orvosi módszereken alapuló kezelése alapvetően az életmód megváltoztatására és a lelki támogatásra fókuszál. Léteznek olyan kezelések, amelyek e területek

egy-egy szeletét ölelik fel, s újabban olyan próbálkozások is, amelyek komplex programok formájában tűzik ki a betegek támogatását.

Tanulmányunkban röviden összefoglaljuk, hogy a daganatos betegségek kezelésében milyen típusú beavatkozások bizonyulnak hatékonyak a kutatások alapján, majd ismertetjük azokat az eredményeket, amelyeket egy hazánkban úttörőnek nevezhető komplex pszichoszociális intervenció program tapasztalatai során nyertünk.

A rendszeres, de mértéktartó mozgásprogram jótékony hatását számtalan kutatás igazolja. Háttérmechanizusként az IgA mennyiségének, az NK-sejtek számának és aktivitásának, valamint az interferon mennyiségének emelkedését valószínűsítik, továbbá az antioxidáns emzimrendszer kapacitásának növekedését vélik (20). Testmozgás hatására a szervezet endorfintermelése fokozódik, aminek nyomán kedélyjavító hatás jelentkezik, csökken a szorongás és a depresszió, növekszik az önbizalom, az étellel való elégedettség (13, 14, 23); javul a testi-lelki működés és az életminőség (11). A rendszeres, nem megterhelő fizikai aktivitás 18%-kal csökkenti az emlődaganatok kockázatát (20). Courneya és Friedenreich (14) áttekintő tanulmánya összegzi: a vizsgáltak közel 90%-a igazolta a testmozgás életminőségre és testi-lelki jólétre gyakorolt pozitív hatását daganatos betegeknél. Más kutatók felhívják a figyelmet a betegek testi kondíciójához és érzelmi szükségleteihez alakított táncprogramok harmonizáló és az életminőséget javító hatására (41).

A táplálkozással kapcsolatos tényezők a daganatok kialakulásának kockázatában 30%-ban vesznek részt (46). A tartósított, vegyszerekkel kezelt, adalékanyagokkal terhelt modern, civilizációs ételek gyakran olyan közvetlen hatású karcinogéneket tartalmaznak (aflatoxin, policiklikus szénhidrogének, nitrit és nitrózaminok) amelyek tumor kialakulását okozhatják. A promoterek (túltápláltság, túl-

zott zsírfogyasztás, állati proteinek, alkohol) felgyorsítják a sejtek rosszindulatú átalakulásának folyamatát, míg az antipromoterek védő hatással bírnak (46). A kutatások rendszerint egyes táplálkozási elemek, mint pl. vitaminok, tejtermékek, kávé, tea, zsírcsökkentés, stb. hatásmechanizmusait, a táplálkozási szokások és az emlődaganat előfordulásának összefüggéseit vizsgálják, gyakran ellentmondásos eredményekkel. Richard Béliveau (8), a Montreali Egyetem kutató professzora számos vizsgálat eredményét áttekintve összesíti az egészséges táplálékban fellelhető antipromoterek daganatellenes ill. protektív hatását. Az ellentmondásos eredmények ellenére az intervenciók programok jelentős része épít a táplálkozás megváltoztatásának fontosságára.

Az életmód mellett a lelki tényezőknek, a megküzdésnek, a belső erőforrásoknak, a személyes növekedési lehetőségek keresésének is fontos szerepe van a gyógyulási folyamatban. A széles skálát felölelő pszichoszociális intervenciók, a pszichoedukációs és egészségfejlesztő programok hivatottak segíteni ezt a folyamatot. Fawzy (19) felhívja a figyelmet arra, hogy nincs mindenki számára egyformán megfelelő intervenció, azt a daganat típusához, a kórlefolyás aktuális szakaszához, a célkitűzésekhez, a beteg állapotához, elvárásaihoz kell illeszteni. Áttekintő tanulmányában a négy, daganatos betegségekben leggyakrabban használt pszichoszociális intervenció-típust elemzi, amelyek az edukáció, a megküzdést segítő módszerek, az érzelmi támogatás és a pszichoterápia. Hangsúlyozza: a legjobb eredmény akkor érhető el, ha több síkon történik a támogatás. Célszerű edukációba vonni a betegeket, tájékoztatást adni a betegségről, annak típusáról, a várható kórlefutásról, és megtanítani az egészséges táplálkozásra. A megküzdést segítő módszerek közül, más szerzőkhöz hasonlóan, hatékonynak ítéli a relaxációs módszereket, a vezetett imaginációt, a vizualizációs technikákat (10, 17), a meditációt (24, 44), a biofeedback módszerét, a hipnózist, a stresszkezelést (44), a kognitív terápiákat (42, 47) és a szupportív csoportokat (40, 45) is. Emellett fontosnak tartja még, hogy a beteg érzelmi támogatást kapjon megfelelően képzett egészségügyi szakembertől, a barátoktól és a családtól (19). A relaxáció és vezetett imagináció vonatkozásában az immunparaméterek változását is vizsgálták. Ezek javulása (17), valamint a kortizolszint jelentős emelkedése, míg az alfa-amiláz szintjének szignifikáns csökkenése jelentkezett a kontrollcsoporthoz képest, továbbá csökkent a depresszió, szorongás, a testi diszkomfort, fájdalom, javult az életminőség (10). Az orvosi terápiát kiegészítő jóga foglalkozások szintén harmonizáló, életminőséget javító hatást mutatnak (32).

A pszichológiai támogatás pozitív hatását számtalan területen sikerült kimutatni (37), így többek között a stresszcsökkenésében (25, 44), a megküzdés erősödésében, a valószínűsítésben, az együttműködésben, az életminőség ja-

vulásában (10, 22, 27), a spirituális harmónia erősödésében (9, 11, 24). Az utóbbi egy-két évtizedben, a pozitív pszichológia térhódításával párhuzamosan számos vizsgálat rámutatott, hogy a rák diagnózisa mellett, hogy általában súlyos trauma, egyben lehetőség is a fejlődésre. A diagnózissal és kezeléssel együtt járó kritikus életszakasz magában hordozza a változás, fejlődés lehetőségét, fokozott önismeretre, növekedésre ösztönözhet (9, 12, 48, 49). Bellizzi és Blank (9) emlőrákosoknál (n=200) az életért érzett hálát, a kapcsolatok átrendeződését és javulását, új lehetőségek, életpályák felfedezését regisztrálta. Más kutatók az optimizmus, az élet értelmébe vetett hit erősödését, magasabb énhatékonyságot, az önismeret kiterjedését, kibontakozást találtak (12, 48). A spirituális növekedés (spirituális jólét) jótékonyan hat az egészségi állapotra is, csökkenti a szorongást, reménytelenséget (12, 34).

A pszichoszociális kezelések azonban nem csak a pszichológiai mutatókban hoznak javulást; a kutatások arról is beszámolnak, hogy a betegséggel kapcsolatos kellemetlen tünetek csökkentésében, vagy bizonyos – a betegség szempontjából fontos – biológiai mutatókban (hormonszintek, immunparaméterek) érnek el kedvező módosulásokat.

Dewey (16) összefoglaló tanulmányában a leggyakrabban előforduló tünetet, az általános fáradtságot, kimerültséget vizsgálta. 27 randomizált, kontrollált vizsgálatot (összesen 3324 beteg) elemzett, 22-ben mutatott ki előnyös változást, 7-ben szignifikáns javulást. Fawzy (19) szerint a tünetekkel való megbirkózást, és azok megértését segítő egészségprogramok hozzájárulhatnak a tünetek gyakoriságának és erősségének csökkenéséhez.

Egy jelentős, az utolsó hat év kutatásait áttekintő tanulmány a daganatos betegséghez kapcsolódó fontos biológiai faktorok pszichoszociális beavatkozások hatására bekövetkező változásait összegezte. Ismertek a neuroendokrin rendszerben történő változások (elsősorban a kortizolszint esetében), valamint bizonyos immunparaméterek (limfocita-proliferáció, Th1 citokinek termelődése) módosulásának lehetőségei (17, 25).

A különböző intervenciók programok, amelyek a támogatás egy-egy elemére összpontosítanak (életmódváltoztatás egy szelete, pszichés támogatás egy-egy aspektusa) hatékonyaknak bizonyulnak, azonban léteznek olyan adatok is, miszerint a komplex programok hatékonyabban támogatják meg a szükséges változásokat. Ilyen eredményről számol be Ornish (29) sokat idézett kutatása. A három hónapig tartó Ornish életmódprogram fő elemei: kontrollált, zsírszegény, csaknem laktoovo-vegetáriánus étkezés, sok gyümölcs, zöldséggel, teljes kiőrlésű gabonával; rendszeres aerob mozgásprogram, lazító jóga; stresszkezelés (meditáció, légzőgyakorlatok, relaxáció, imagináció); hetente egy-szeri, az érzelmeik kifejezését és feldolgozását segítő támo-

gató csoportban való részvétel. A kutatócsoport tagjának, Elisabeth Blackburn-nek 2009-ben odaítélt orvosi Nobel-díj minden kétséget kizáróan igazolta az egészségmagatartás, életmódváltás, a táplálkozási és lelki tényezők, valamint a telomeráz enzim aktivitása közötti összefüggést. A három hónapos intenzív életmódprogram hatására a telomeráz enzim aktivitása szignifikánsan (közel 30%-kal) emelkedett. A szerzők leírása szerint a telomerázaktivitás emelkedése és az immunrendszer tumorelles hatása a hosszú távú sejtes életképesség vagy/és a genomstabilitás (például DNS-repair) szintjén lehet összefüggésben (18, 29).

ANYAG ÉS MÓDSZER

Egy átfogó, a hagyományos orvosi rákkezelést kiegészítő a pszichoneuro-immunológia és az egészségpszichológia evidenciáin alapuló komplex programot dolgoztunk ki. Fő irányelveink:

A beteg aktív részvétele és felelősségvállalása a gyógyulási folyamatban. A modern orvoslás bio-pszichoszociális gyógyítási modelljén alapuló szemléletében a beteg tevékeny részese a gyógyulási folyamatnak. Tekintve, hogy a daganasos megbetegedés nagymértékben (mintegy 70%-ban) az életmóddal hozható összefüggésbe (29, 38, 50), az életmód megváltoztatásában, a helyes egészségmagatartás kialakításában a betegnek döntő szerepe van.

A pozitív szempontú egészségpszichológia (pozitív pszichológia) pilléreire építettük a programot. A pozitív pszichológia azt vizsgálja, ami az emberben jó, ami egészséges, ami hozzájárul az egészség fejlesztéséhez. Megtanulható megküzdő szellemről, tanult optimizmusról beszél (3, 31). Ahogyan Bagdy írja: „Létezik olyan rugalmasság az emberben, hogy minden nehézség ellenére is képes megőrizni és fenntartani az optimizmusát, reménység érzését, humorát és cselekvő-, megküzdő erőit” (3).

Támogattuk a betegek testi-lelki és spirituális fejlődését, növekedését (6). Tedeschi és Calhoun (49) írta le a poszttraumás fejlődés jelenségét: egy súlyos traumával (például rákos megbetegedés) együttjáró halálos fenyegetettséggel való szembenézés, a kognitív-emocionális feldolgozás és megküzdés nyomán a lelki struktúrákban változás, növekedés, a trauma előtti állapot meghaladása, egyfajta személyiségfejlődés jöhet létre. Ennek hatására a betegek rendszerint a sérülékenységgel megelégedésével egyidőben sajátos belső erőt tapasztalnak meg, kapcsolataik átalakulnak, mélyebbé, személyesebbé válnak, hálát éreznek az életért, a fontossági sorrendek megváltoznak, a transzcendens dimenzió megjelenik az életükben. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy az onkológiai betegeknél a pszichoszociális terápiás beavatkozások nagymértékben elősegíthetik a poszttraumás növekedés (PTN) létrejöttét.

A programba igyekeztünk minden olyan területet bevonni, ami segítheti a szervezet öngyógyító erőinek erősödését (káros szokások csökkentése, aktív testmozgás, egészséges táplálkozás, stresszkezelés, imagináció, relaxáció, pozitív gondolkodás, stb.). Arra is figyeltünk, hogy a betegek könnyedén el tudják végezni a gyakorlatokat, ne legyen számukra megterhelő, ugyanakkor elégséges változást indítson el. Fontos szempont volt belsővé tenni a változást, az egészséges életvezetés igényét. Ebben a folyamatban az ismeret, tapasztalás, változás hármasságát tartottuk szem előtt.

A program részei:

1. rész: 5 napos bentlakásos életmódtábor, ahol a betegek elméleti és gyakorlati felkészítést kaptak az egészséges életvezetésről. Multidiszciplináris szakmai team (onkológus szakorvos, klinikai szakpszichológusok, pszichiáter szakorvos, dietetikus, életmód-tanácsadó, meditációs mester, jógaoktató, szakrális körtánc-tanár) foglalkozott a betegekkel. A gyakorlati elemek (közös ételkészítés, receptek, együtt végzett testmozgás, jóga, relaxáció, meditáció, vezetett imaginációs gyakorlatok) azt a célt szolgálták, hogy kipróbálva, megtapasztalva, kellő jártasságot szerezve az érintettek képesek legyenek otthoni életükbe is beépíteni a tanultakat.

2. rész: az 5 nap alatt elsajátított program beépítése a napi életvezetésbe (rendszeres otthoni gyakorlás, napi 1–1,5 óra).

E program elemei:

- Egységmagatartás – káros szokások (dohányzás, alkoholfogyasztás) csökkentése, heti legalább háromszor 30 perc aktív testmozgás (tempós séta, kerékpározás, úszás, könnyű futás), 15 perc lazító, energetizáló, speciálisan emlődaganasos betegekre adaptált könnyű jóga gyakorlatsor, megfelelő alvásritmus kialakítása, napi 7–8 óra alvás.
- Egészséges táplálkozás – a National Research Council, NRC (46) és Béliveau (8) irányelveit alapul véve: rendszeres étkezés, a tartósított, vegyszerekkel kezelt, adalékanyagokkal terhelt ételek mellőzése, minél több teljes értékű táplálék, friss zöldség, gyümölcs, teljes kiőrlésű gabona fogyasztása, az ételek kíméletes elkészítése.
- Napi fél óra elcsendesedés (hangyagról egyik nap meditáció, másik nap relaxáció, vezetett imagináció), ezen kívül naponta pozitív, megerősítő szuggesztiók hallgatása (4, 5).

3. rész: csoportos pszichoterápiás foglalkozások, 14 héten keresztül, heti egyszeri alkalommal, 5 órában. Fő témakörök: a gyógyuláshoz való aktív hozzáállás kialakítása, a szorongás csökkentése, az aktív küzdőszellem kialakítása, a jövővel kapcsolatos félelmek, hiedelmek átdolgozása (általános reménytelenség versus kontroll), stresszkezelés, relaxáció,

gyógyító kép, imagináció, a gondolat teremtő ereje, a betegség előnyei, veszteségek, negatív élmények átdolgozása, ételcsapda helyzet tudatosítása, feloldása, elnyomott negatív érzések, energiák felszabadítása, elengedés, megbocsájtás, megváltozott testkép, önértékelés növelése, önérvényesítés, énközlés, kapcsolati háló, jövőkép, életcélok, életfeladatok, spiritualitás értékek.

Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a hangulattal kapcsolatos mutatókban (szorongás, depresszió) a kísérleti csoport javulást mutat a foglalkozások hatására, míg a kontroll csoportban nem lesz változás (ezt az ismételt mérések varianciaanalízisben az idő X csoport interakciójának vizsgálatával ellenőrizzük).
2. Feltételezzük, hogy az intervenció csoportban a személyes kontroll-érzés emelkedik, míg a kontroll csoportban változatlan marad (idő X csoport interakció).
3. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoport résztvevői szintén jelentős javulást fognak mutatni azokban az életminőséggel kapcsolatos mutatókban (kontroll-érzés, ismeretek, pozitív megerősítés, javuló hangulat; vagyis azok a tényezők, amelyek fejlesztése a program célja volt), amelyek háttérben a pszichoszociális tényezők fontosak lehetnek (EORTC – általános egészség/életminőség, EORTC – szerep működés, EORTC – érzelmi működés, EORTC – társas működés, BR23 – testkép, BR23 – jövőperspektíva (idő X csoport interakció).
4. Feltételezzük, hogy a kísérleti csoportban az életminőség fizikai tünetekkel és fizikai funkcionálással kapcsolatos mutatóiban is jelentősebb változások jelentkeznek (EORTC – fizikai funkcionálás, EORTC – burden (tünetek), EORTC – kimerültség, BR23 – szisztémás terápiás mellékhatások, BR23 – mell-tünetek, BR23 – kar-tünetek) (idő X csoport interakció). E hipotézisünk háttérben két hipotetikus háttérmechanizmus áll; egyrészt a pszichoszociális mutatók javulása a testi tünetek javulását is támogatja, másrészt az intervenció olyan elemeket is tartalmaz (testgyakorlás, jóga, relaxáció), amelyek közvetlen, fiziológiai utakon is segíthetik a tünetek javulását.
5. Feltételezzük, hogy mindkét csoport magasabb értéket ér el az Előnytalálás kérdőívén a második méréskor, mint az első mérés alkalmával (az idő főhatása), ugyanakkor az intervenció csoportnál ez az emelkedés szignifikánsan magasabb lesz, mint a kontroll csoportnál (idő X csoport interakció).
6. Feltételezzük, hogy az intervenció csoportban a poszttraumás növekedés értéke magasabb lesz az intervenció után, mint előtte (a kontroll csoportról nincsenek erre vonatkozó adataink).

Mivel úgy véljük, hogy az életminőség bizonyos területeinek (EORTC kognitív működés, anyagi nehézségek, szexuális működés, szexuális élvezet) javulása olyan tényezők függvénye, amelyek nem részei az intervenció programnak, ezekre a mutatókra a jelen vizsgálatban nem alkotunk hipotéziseket.

Betegek és pszichoszociális gondozásuk

Vizsgálatunkban összesen 173 malignus emlődaganattal (C50) kezelt nőbeteg került, akik vállalták az együttműködést, és betegségük miatt aktuálisan kezelés alatt álltak. A vizsgálatot Budapesten, az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztályán végeztük, az Intézet Etikai Bizottságának engedélyével. A kutatás nemzetközi kutatási regisztrációs kódja: b859yuha - oncostudy.

A mérések alkalmával egy nyolc oldalas önkitöltő kérdőívet használtunk, aminek kitöltése 50 percet vett igénybe.

A betegeket (n=173) random módon kísérleti (n=86) és kontroll (n=87) csoportba soroltuk. A kísérleti csoportba sorolt személyeket először tájékoztató levélben, majd telefonon kerestük meg. 36 fő vállalta a programban való részvételt. Minden, az intervenció programba bekerülő beteggel első interjút vettünk fel. Kizáró kritérium volt a kóros depresszió, kóros szorongás, egyéb pszichiátriai zavar. A 36 fővel 2 csoportra bontva dolgoztunk 2009. szeptember–december (1. csoport), és 2010. február–június között (2. csoport). Összesen 2 beteg lépett ki a programból, a végső betegszám így 34 fő lett. A kísérleti csoport tagjai térítésmentesen vehettek részt a programban, cserébe azt vállalták, hogy legjobb tudásuk szerint megpróbálják a program elemeit beépíteni életvezetésükbe.

Három mérést végeztünk: a program előtt (1. mérés, T1), a program befejezése után (2. mérés, T2), és 15 hónappal a program befejezése után (3. mérés – utánkövetés). Ez utóbbi vizsgálat eredményei még a feldolgozás szakaszában vannak. Az első mérés alkalmával a betegek a mammográfiai vizsgálat keretében töltötték ki a tesztek; a későbbi mérések alkalmával postán kapták meg a kérdőívcsomagot. Mindhárom mérés alkalmával azonos kérdőívcsomag került kitöltésre. A kísérleti csoportban a program előtt és után egyéb kérdőíveket is használtunk, a programhatékony-ság vizsgálata céljából. A kontroll csoportban a 87 főből 51 küldte vissza a kérdőíveket.

A kísérleti és kontroll csoport demográfiai jellemzőit tekintve az iskolai végzettségben (a kísérleti csoportba többen kerültek olyanok, akik legalább középiskolai végzettséggel rendelkeztek), a betegséggel kapcsolatos mutatókat tekintve pedig a családi daganatos megbetegedés előfordulásában volt különbség (a kontroll csoport személyei esetében magasabb arányban fordultak elő a családban daganatos betegségek) (1. táblázat).

1. táblázat. A vizsgálati minta demográfiai jellemzői T1-nél

	Kísérleti csoport N=36	Kontroll csoport N=87	P
Életkor: átlag (szórás)	53,17 (7,66)	52,09 (9,15)	n.s.
Betegségidőtartam: átlag (szórás)	2,47 (0,47)	2,55 (0,86)	n.s.
Műtéttől eltelt idő: átlag (szórás)	2,30 (0,74)	2,30 (0,79)	n.s.
Iskolai végzettség: N(%)			
ált. iskola vagy szakmunkás	1 (2,8%)	19 (22,1%)	
érettségi vagy diploma	35 (97,2%)	67 (77,9%)	<0,01
Családi állapot: N (%)			
nincs stabil párkapcsolat	14 (38,9%)	21 (24,1%)	
stabil párkapcsolat	22 (61,1%)	66 (75,9%)	n.s.
Gyermeke: N (%)			
nincs	6 (16,7%)	6 (6,9%)	
van	30 (83,3%)	81 (93,1%)	n.s.
Gazdasági aktivitás: N (%)			
aktív	17 (47,2%)	42 (48,3%)	
inaktív	19 (52,8%)	45 (51,7%)	n.s.
Családban volt-e daganat: N (%)			
nem	8 (22,2%)	42 (68,3%)	
igen	28 (77,8%)	45 (51,7%)	<0,01

P=szignifikanciaszint, n.s.=nem szignifikáns a különbség a két csoport között

Eszközök

A Beck depresszió kérdőív rövidített változata

A depresszió súlyosságának megállapítására, feltárására és követésére a Beck depresszió kérdőív rövidített változatát (7) használtuk. A skála 9 tételt tartalmaz, amelyek a szociális visszahúzóddással, döntésképtelenséggel, alvászavarral, fáradékonysággal, hypochondriával, munkaképtelenséggel, pesszimizmussal, elégedettség és öröm hiányával, illetve önvádlással kapcsolatos tüneteket mérik. Ezeket 1–4-ig (egyáltalán nem jellemzőtől a teljesen jellemzőig) pontozhatja a vizsgált személy. A rövidített és a teljes változaton elért összpontszámok magas korrelációja ($r=0,92$) a rövidített verzió megbízhatóságát és alkalmazhatóságát támasztja alá. A rövidített Beck depresszió skála depressziósúlyossági kategóriái a következőképpen alakulnak: 0–9 pont: nem depressziós; 10–18 pont: enyhén depressziós; 19–25 pont: közepesen súlyosan depressziós; 26 vagy annál nagyobb pont: súlyos depressziós állapot. A klinikai szintű depresszió határértéke a 19 pont. A teszt megbízhatósági értéke megfelelő (Cronbach-alfa=0,86 (39)).

Spielberger-féle vonás szorongás kérdőív (STAI-T)

A Spielberger-féle kérdőív (43) „State-Trait Anxiety Inventory” (STAI-T) a szorongás mint személyiségvonás felmérésére szolgál, a szorongásra való hajlam erősségének az értékét mutatja. 20 kérdésből áll, a válaszadás egy négyfokozatú Likert-skálán lehetséges (1 – egyáltalán nem, 2 – valamennyire, 3 – eléggé, 4 – nagyon/teljesen). Minimum 20, maximum 80 pont érhető el. Standard értékei női populáció esetében: átlag 45,37, szórás 7,97. A teszt megbízhatósági értéke (Cronbach-alfa=0,84).

Életminőség kérdőív (EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23)

Az életminőség mérésére a European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Életminőség Csoportja által kifejlesztett kérdőívet alkalmaztuk (1). 30 tételből áll, 3 skálára oszlik. Ezek: 1) globális életminőség, 2) funkcionális életminőség, 3) tüneti életminőség. A globális életminőséget 2 kérdés vizsgálja: „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános egészségi állapotát?” és „Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?” A válaszokat hetes skálán kell jelölni, 1 – nagyon rossz, 7 – kitűnő. A funkcionális életminőségre vonatkozó skálák: fizikai, szerep, emocionális, kognitív és szociális működés. A tüneti életminőség skálái: kimerültség, hányinger, fájdalom, légszomj, alvászavar, étvágytalanság, székrekedés, hasmenés, anyagi nehézségek. A válaszok Likert-skálán rögzíthetők, 1–4-ig: 1 – egyáltalán nem jellemző, 2 – alig jellemző, 3 – jellemző, 4 – teljesen jellemző. Kutatásunkban az emlődaganat-specifikus kiegészítő modul, a QLQ-BR23 került felhasználásra. 4 funkcionális (testkép, szexuális működés, szexuális élvezet, jövőperspektíva), és 4 tüneti alskálát (szisztémás terápiai mellékhatások, mell-tünetek, kar-tünetek, haj elvesztése) tartalmaz. A kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,62 és 0,89 között van. Az EORTC bocsátotta rendelkezésünkre a teszt magyar nyelvű változatát. A kérdőívet magyar mintán kevesen használták, hazai mintán történő validálása kutatásunk részét képezi.

Betegségkogníció kérdőív (IPQ-R)

A betegségkogníció kérdőív (26) a Leventhal és mtsai által kidolgozott betegségkogníció dimenzióit méri. A kérdőív három részből áll: 1. tünetek, 2. a betegség természetére, lefolyására, kontrollálására és hatására vonatkozó hiedelmek, 3. a betegség okaira vonatkozó elképzelések. Vizsgálatunkban a kérdőív második részét alkalmaztuk. A hét alskála (időbeni lefolyás, ciklikusság, következmények, személyes kontroll, kezelési kontroll, megértés, érzelmi reprezentáció) közül a személyes kontroll alskálát elemezzük. A személyes kontroll azt méri, hogy a beteg mit gondol arról, hogy betegségének tüneteit milyen mértékben képes befolyásolni: pl. „Sok mindent tehetek tüneteim megfékezésére érdekében.”

Előnytalálás kérdőív

A kérdőívet korábban speciális problémákkal terhelt gyerekek szülei számára állították össze, Antoni (2) adaptálta az emlőrák diagnosztikájának és kezelésének élményéből adódó észlelt előny becslésére. 17 tételből áll, minden tétel úgy kezdődik, hogy „A betegségem ...”, és az élményből származó valamilyen lehetséges előnyt fogalmaz meg. A személyek öt fokozatú Likert-skálán értékelik az állítást: 1 – egyáltalán nem értek egyet, 2 – kicsit egyetértek, 3 – közepesen értek egyet, 4 – nagyon egyetértek, 5 – teljesen egyetértek. A mérőeszköz a jelentéskeresést az élet 3 különböző területén méri fel: 1. az élet hiányosságainak elfogadása, 2. családi kapcsolatokban bekövetkezett pozitív változások, 3. személyes növekedés. A kérdőív magyar változatának megbízhatósága megfelelőnek bizonyult.

Poszttraumás növekedés kérdőív (PNT)

A Tedeschi és Calhoun (49) által kidolgozott kérdőív a traumát követő pozitív változások élményének feltérképezésére szolgál. 21 kérdésből áll, mutatói: összpontszám és az 5 skála

(új lehetőségek, másokhoz való viszonyulás, személyes erő, spirituális változás, az élet tisztelete) pontszámai. A válaszokat 6 fokozatú Likert-skálán pontozzák 0-tól 5-ig. Emlőrákos és egészséges kontroll csoportok esetében az összpontszám alfa-koefficiense (0,95 és 0,96). A kutatásban felhasznált kérdőívek és skálák megbízhatósági mutatói (Cronbach-alfa) saját mintákon kifejezetten jónak bizonyultak (2. táblázat).

Statisztikai elemzés

Első lépésként összehasonlítottuk a kísérleti csoportot és a kontroll csoportot az első adatfelvételi időpontban (T1). Második lépésként megvizsgáltuk, hogy a második adatfelvételi időpontban (T2) a kontroll csoportban a kérdőívet visszaküldők és a nem visszaküldők között van-e különbség. Harmadik lépésként pedig a kísérleti és a kontroll csoportban vizsgáltuk a két adatfelvétel közötti változást. A kategorikus változóknál khi-négyzet-próbát vagy Fisher exact próbát, a folytonos változóknál pedig varianciaanalízist alkalmaztunk a vizsgált változók közötti különbség szignifikanciaszintjének meghatározására.

2. táblázat. A felhasznált kérdőívek reliabilitási (megbízhatósági) mutatói

Skála	Tételszám	Reliabilitás (Cronbach-alfa) T1-nél	Reliabilitás (Cronbach-alfa) T2-nél
Szorongás	20	0,889	0,904
Depresszió	9	0,847	0,884
Személyes kontroll (betegségkogníció)	6	0,753	0,793
Poszttraumás növekedés	21	0,898	0,882
EORTC – általános egészség/életminőség	2	0,887	0,873
EORTC – fizikai/testi működés	5	0,703	0,683
EORTC – szerep működés	2	0,731	0,604
EORTC – érzelmi működés	4	0,883	0,899
EORTC – társas működés	2	0,857	0,845
EORTC – burden (tünetek)	8	0,789	0,739
EORTC – kimerültség	3	0,810	0,789
BR23 – testkép	4	0,888	0,806
Br23 – jövőperspektíva	1	-	-
BR23 – szisztémás terápiás mellékhatások	7	0,597	0,681
BR23 – mell-tünetek	4	0,758	0,722
BR23 – kar-tünetek	3	0,767	0,733
Előnytalálás	17	0,949	0,951

EREDMÉNYEK

A kísérleti és kontroll csoport összehasonlítása az első adatfelvételi időpontban: A T1-nél felvett kérdőíveken a kísérleti és a kontroll csoport között egyedül az EORTC fáradtság tünetekskáláján volt különbség a varianciaanalízis eredményei alapján. $F(1, 119) = 4,298$ (Mkísérleti: 39,20, SD: 18,30; Mkontroll: 30,46, SD: 22,30), a kísérleti csoport tagjai „indultak” magasabb fáradtság-értékekkel.

A kontroll csoportban a második kérdőívet visszaküldők és vissza nem küldők összehasonlítása: Vizsgáltuk, hogy a kontroll csoportban a második kérdőívet visszaküldők (N=51) és nem visszaküldők (N=36) között a kérdőívben található pszichológiai skálákon található-e szignifikáns különbség. Az elemzések szerint a két csoport pontszámai nem különböztek egymástól, és a demográfiai jellemzőkben sem volt különbség.

A kísérleti és kontroll csoportban bekövetkező változások T1 és T2 között (2–7. hipotézis tesztelése): Ismételt

mérése varianciaanalízist alkalmaztunk, ahol a within-subject elrendezésben az adatfelvételi időpont (idő) mellett a csoportba tartozás (kísérleti vs. kontroll) X idő interakciót vizsgáltuk (3. táblázat). Külön tényezőként az iskolai végzettséget vontuk be az elemzésekbe, mivel a két csoport ebben a mutatóban T1-nél jelentősen eltért.

Az alábbiakban az egyes mutatókat tekintve csak a szignifikáns eredményeket közöljük.

Az ismételt varianciaanalízisben csak az időnek volt főhatása a következő mutatónál: EORTC – szerep működés alszála $F(1, 78) = 6,370$, $p = 0,014$. Ez az eredményünk arra utal, hogy a személyek szerepműködése a csoporttól függetlenül emelkedik a diagnózistól/műtéttől eltelt idővel. T2-nél a pontszámok magasabbak voltak mind a kísérleti, mind a kontroll csoportban, mint T1-nél.

Az ismételt mérése varianciaanalízisben csak az idő x csoport interakció volt szignifikáns a következő mutatóknál: szorongás $F(1, 65) = 6,021$, $p = 0,017$; depresszió $F(1, 72) = 4,347$, $p = 0,041$; személyes kontroll $F(1, 69) = 7,346$,

3. táblázat. A beavatkozás előtt (T1) és után (T2) a kérdőív pszichológiai skáláinak átlagértékei (és szórásai) a kísérleti és kontroll csoportban

	Beavatkozás előtt (T1)		Beavatkozás után (T2)	
	Kísérleti csoport	Kontroll csoport	Kísérleti csoport	Kontroll csoport
Szorongás	44,50 (9,04)	43,23 (10,53)	39,37 (9,13)	42,58 (11,34)
Depresszió	12,34 (3,56)	12,37 (3,88)	11,44 (2,27)	12,63 (4,96)
Személyes kontroll (betegségkogníció)	24,38 (3,56)	22,93 (4,33)	26,38 (2,55)	22,58 (4,14)
Poszttraumás növekedés	68,59 (15,29)	-	78,78 (12,02)	-
EORTC – általános egészség/életminőség	66,67 (14,51)	71,60 (16,66)	76,04 (12,29)	72,28 (17,21)
EORTC – fizikai/testi működés	84,44 (15,24)	86,53 (15,65)	89,09 (10,24)	86,94 (14,41)
EORTC – szerep működés	86,87 (17,56)	82,64 (24,78)	91,41 (12,58)	88,54 (18,88)
EORTC – érzelmi működés	69,62 (24,40)	70,14 (25,02)	74,73 (18,57)	74,13 (24,57)
EORTC – társas működés	81,72 (22,91)	81,94 (23,53)	90,32 (13,45)	86,11 (23,15)
EORTC – burden (tünetek)	15,63 (11,67)	16,10 (16,48)	9,18 (7,29)	15,23 (13,83)
EORTC – kimerültség	39,39 (18,65)	31,25 (22,42)	23,90 (15,57)	31,37 (24,48)
BR23 – testkép	66,92 (28,41)	73,36 (28,86)	79,29 (19,67)	72,96 (23,04)
BR23 – jövőperspektíva	59,60 (20,52)	55,78 (33,60)	77,78 (24,53)	59,18 (34,20)
BR23 – szisztémás terápiás mellékhatások	15,44 (10,38)	18,16 (15,78)	10,10 (8,73)	16,55 (14,50)
BR23 – mell-tünetek	14,95 (18,09)	14,80 (14,05)	11,03 (15,58)	16,38 (15,93)
BR23 – kar-tünetek	23,96 (23,29)	21,09 (21,18)	17,36 (18,70)	23,36 (21,66)
Előnytalálás (átlag)	3,38 (0,84)	3,60 (0,88)	3,82 (0,78)	3,46 (0,88)

$p=0,008$; az EORTC általános egészség/életminőség alszála $F(1, 78)=7,531$, $p=0,008$; EORTC fizikai-teszt működés $F(1, 78)=4,874$, $p=0,014$; EORTC kimerültség tünete $F(1, 78)=15,060$, $p=0,000$; BR23 testkép $F(1, 79)=8,828$, $p=0,004$; BR23 kar-tünetek $F(1, 78)=7,229$, $p=0,009$; előnytalálás $F(1, 80)=21,171$, $p=0,000$. Ezek az eredmények azt jelzik, hogy a felsorolt mutatók esetében a pozitív változások létrejöttében a csoport hovatartozásnak jelentős hatása volt (3. táblázat), vagyis T2-nél azok érték el kedvezőbb mutatókat T1-hez képest, akik az intervenció csoportban voltak.

Az EORTC érzelmi működés alszála, továbbá a BR23 szisztémás terápiás mellékhatások alszála nem találtunk sem szignifikáns idő főhatást, sem szignifikáns idő X csoport interakciót.

Az iskolai végzettség hatása: csak az idő X iskolai végzettségnek volt hatása a BR23 jövőperspektíva $F(1, 79)=6,171$, $p=0,015$ alszála esetében, vagyis a jövővel kapcsolatos elképzelések a magasabb végzettségűeknél alakulnak pozitívabban az idő előrehaladtával.

Az EORTC társas működés skálán az idő főhatása mellett az iskolai végzettség X idő interakció főhatása is szignifikánsnak mutatkozott ($F_{idő} (1, 76)=7,209$, $p=0,009$; $F_{idő \times iskolai} (1, 76)=5,196$, $p=0,025$). Eszerint mindkét csoportban találtunk változást T1-hez képest, a javulás jelentősebb volt az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportban.

Az elemzés az EORTC tüneteiből képzett burden változónál az idő ($F(1, 78)=6,682$, $p=0,012$), az idő x csoport interakció ($F(1, 78)=8,796$, $p=0,004$) mellett az idő x iskolai végzettség ($F(1, 78)=4,071$, $p=0,047$) szignifikáns interakcióját hozta. Az eredmények szerint a tünetek csökkenése a kísérleti csoportban, valamint a magasabb iskolai végzettségűek körében jelentősebb.

A poszttraumás növekedés alakulását csak a kísérleti csoportban vizsgáltuk, a bekövetkező változás szignifikánsnak bizonyult ($F(1, 31)=24,186$, $p=0,000$).

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkban egy átfogó, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható pszichoszociális intervenciók program hatékonyságát vizsgáltuk emlődaganatos nők körében. Általános célkitűzésünk a megküzdés, a kognitív-érzelmi feldolgozás elősegítése, az életminőség javítása, a remissziók esélyének csökkentése, a lelki és spirituális növekedés (poszttraumás fejlődés) támogatása volt. A programba – a szinergikus hatásokat erősítve – igyekeztünk bevonni számos olyan módszert, amelyek szakirodalmi adatok alapján segíthetik a beteg testi-lelki kibontakozását, gyógyulását (19, 24, 29, 30, 36, 37).

A kapott eredmények szerint az intervenció hatékonyan bizonyult, a programba bevont személyek számos te-

rületen mutattak erőteljes pozitív változást a kontroll csoport tagjaihoz képest.

A daganatos betegekre gyakran jellemző szorongással teli, reményvesztett, depressziós hangulat bizonyítottan jelentős egészségkárosodást, életminőség-romlást idéz elő, befolyásolja a fizikális komfort, jóllét állapotát, a testi tünetek megélését, rontja a kognitív funkciókat, beszűkíti a szociális működést – kezelése kulcsfontosságú (33). Az intervenció hatékonyan segítette a stressz csökkenését; a programban részt vevő személyeknél mind a depresszió, mind a szorongás szignifikáns csökkenése kimutatható volt, vagyis jelentős pozitív irányú hangulatváltozás jelentkezett a kontroll személyekhez képest. Az elemzések szerint a megfigyelhető pozitív változások nem önmagában az idő múlásával jöttek létre, hanem a program hatására (az idő és csoport-hovatartozás főhatása).

A betegek általános életminősége is szignifikánsan emelkedett. Több alszála is pozitív eltolódást regisztráltunk, ezek közül a testi/fizikai működés javulása, a kimerültség, fáradtság csökkenése volt jelentős, s ugyancsak szignifikáns különbséget mutattak a két csoport tagjai a tünetek tekintetében is. Az emlőműtétek következményeként sérül a teljes értékű nőiség, a szexuális vonzerő, torzul az énkép (37), így szintén fontos eredménynek tartjuk, hogy a beavatkozás hatására szignifikánsan javult a betegek testképe.

Az eredmények közül fontos kiemelni, hogy az intervenció hatásán túl a változásokban egyéb tényezők is szerepet játszhatnak. Saját adataink arra mutatnak rá, hogy a magasabb iskolai végzettség – ami feltehetően számos úton, mechanizmuson (pl. több ismeret, kedvezőbb anyagi lehetőségek, szabadabb időbeosztás, szélesebb szociális háló) keresztül képes megküzdési potenciálokat mozgósítani – az életminőség több területének változásában kiemelt jelentőséggel bír. A magasabb iskolai végzettség szignifikáns hatása megmutatkozott a jobb szociális működés elérésében (az idővel interakcióban), a betegséggel kapcsolatos fizikai tünetek mennyiségében (az idővel interakcióban). Sőt, az emlődaganat-specifikus életminőség jövőbeni lehetőségek, perspektívák skáláján csak az iskolai végzettségnek volt főhatása. Ezek az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a program tervezésekor az iskolai végzettséget és egyéb szociodemográfiai tényezőket is figyelembe kell venni; illetve olyan technikákat, lehetőségeket is beleépíteni az intervencióba, amelyek az esetleges hátrányokat kompenzálni tudják.

Az egészség-betegség reprezentációk vonatkozásában a személyes kontroll dimenzióját vizsgáltuk. Szignifikáns növekedést regisztráltunk. A kísérleti csoport betegek úgy ítélik meg, aktívan befolyásolhatják egészségi állapotuk alakulását. A személyes kontroll megélése ugyanakkor csökkenti a kiszolgáltatottság, reménytelenség érzését, erősítheti a megküzdést.

Tedeschi és Calhoun (49) ajánlásban fogalmazza meg a poszttraumás növekedés pszichoszociális intervenciókkal való elősegítésének lehetőségét és fontosságát. A legújabb kutatási eredmények igazolják: a rák diagnózisa lehetőség is egyben. Lehetőség a változásra, fejlődésre, önismeretre (9,12, 48). A programban részt vevő betegeknél a belső munka eredményeként erőteljes spirituális növekedés, szignifikáns poszttraumás fejlődés jelentkezett. Mindez visszahat az egészségi állapotra is, csökkenti a szorongást, reménytelenséget. A növekedés másik mutatóján, az előnytalálás kérdőívén is megmutatkozik a program jótékony hatása: míg a kontroll csoport betegeinél az előnytalálás értéke csökken T2-re, addig a vizsgálati csoportnál emelkedik. Az érintettek úgy élték meg, hogy a rák diagnózisa, a betegséggel való szembesülés számos előnnyel is járt, lehetőséget adott a változásra, fejlődésre.

Összefoglalás: a program nagymértékben hozzájárult a betegek testi-lelki állapotának javulásához. Statisztikailag is jelentős mértékben csökkent a depresszió, a szorongás, a fáradtság, kimerültség érzése, javult az életminőség, a testi-fizikai működés, a testkép, a betegség felett érzett kontroll, és jelentős mértékű lelki-spirituális fejlődés, növekedés jött létre.

Egy súlyos betegséghez, a kialakult kórfolyamathoz való lelki alkalmazkodásban, a megküzdésben nagy szerepe van a rákkal kapcsolatos társadalmi szemléletnek, hiedelmeknek. Bár a rák diagnózisához ma még legtöbbször a halálos fenyegetettség társul, nagyon fontos tudatosítanunk a tény, és minél több csatornán keresztül eljuttatni a betegekhez, hozzátartozókhoz, hogy a hagyományos orvosi kezelések mellett számtalan olyan onkopszichológiai intervenció létezik, ami bizonyítottan segíti a megküzdést, a gyógyulás folyamatát. Azt is fontos hangsúlyoznunk, hogy a súlyos betegségben, mint minden traumában, benne van a változás, a növekedés, a kiteljesedés esélye. Az általunk végzett kutatás és más klinikai tapasztalatok, felmérések is igazolják, hogy az emlőrákot túlélő nők döntő többsége úgy ítéli meg, élete a betegség nyomán pozitív irányba változott, lehetőséget kapott az újrakezdésre, egy tartalmasabb, teljesebb életre (12, 35, 37).

A vizsgálatoknak jelentős társadalmi és egészségpolitikai üzenete is van: a pszichoszociális beavatkozások nagymértékben költséghatékonyak – kevés befektetés ellenében markáns életminőség-javító hatást érhetünk el. Dégi (15) egyik tanulmányában a téma elismert kutatójára, Greerre hivatkozva kifejti: a páciensek részéről megnyilvánuló erőteljes szükséglet, és a kutatási eredmények ellenére az onkopszichológiai szakszolgáltatások alulreprezentáltak az onkológiai gyógyításban, a betegek zöme nem tud hozzájutni ilyen jellegű ellátáshoz. Szakadék tátong a tudományos evidenciák és a gyakorlati alkalmazás között (15, 21).

A Journal of Clinical Oncology ez év áprilisában különszámot szentelt az „integrált pszichoszociális kezelések tudományának”. A különszám célja annak bemutatása volt, miszerint a modern kor elvárásainak megfelelő magas színvonalú onkológiai ellátás már nem nélkülözheti a társtudományok ismeretanyagát (22). Új gondolkodásmódra, szemléletváltásra van szükség!

„A világ, amit teremtünk, a gondolkodásunk eredménye: nem lehet megváltoztatni a gondolkodásunk megváltoztatása nélkül”

Albert Einstein

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnénk köszönetet mondani Eckhardt Sándor professzor úrnak minden szakmai segítségéért, támogatásáért. Köszönjük az Országos Onkológiai Intézet Radiológiai Diagnosztikai Osztály munkatársainak együttműködését.

IRODALOM

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85:365–367,1993
2. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, et al. Cognitive behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol* 20:20–32, 2001
3. Bagdy E. Új irányok a pszichológiában: az egészségvédő megbocsátás és poszttraumás növekedés. In: Bagdy E. *Hogyan lehetnénk boldogabbak?* Kulcslyuk Kiadó, Budapest 2010
4. Balogh B. A tudatalatti tízparancsolata. Bioenergetic Kiadó, Budapest 2005
5. Balogh B. Többszintű gyógyulás. Bioenergetic Kiadó, Budapest 2008
6. Balogh B. A végső valóság. Bioenergetic Kiadó, Budapest 2001
7. Beck AT, Beck RW. Screening depressed patient in family practice. A rapid technic. *Postgrad Med* 52:81–85, 1972
8. Béliveau R, Gingras D. *Foods that Fight Cancer*. Random House, New York 2006
9. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 25:47–56, 2006
10. Charalambous A. The effect of progressive muscle relaxation and guided imagery in improving psychological well-being and quality of life for breast and prostate cancer patients: Initial report. *Eur J Integr Med* 3:e125–e131, 2011
11. Cheema BS, Gaul CA. Full-body exercise training improves fitness and quality of life in survivors of breast cancer. *J Strength Cond Res* 20:14–21, 2006
12. Cordova M, Cunningham L, Carlson C, Andrykowski M. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychol* 20:176–185, 2001
13. Courneya KS, Friedenreich CM. Relationship between exercise during treatment and current quality of life among survivors of breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 15:35–57, 1998
14. Courneya KS, Friedenreich C. Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Ann Behav Med* 21:171–179, 1999

15. Dégi LC. Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a daganatos betegek életminősége és túlélési esélye szempontjából. *Psychiatr Hung* 21:138–146, 2006
16. Dewey A. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Int J Evid Based Health* 8:106–107, 2010_162106..107
17. Eremin O, Walker MB, Simpson E, et al. Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: A randomised controlled trial. *Breast* 18:17–25, 2009
18. Falus A, Marton I, Borbényi E, et al. A 2009. évi orvosi Nobel-díj és egy meglepő üzenete: az életmód befolyásolja a telomérazaktivitást. *Orv Hetil* 151: 965–970, 2010
19. Fawzy FI. Psychosocial interventions of patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer* 35:1559–1564, 1999
20. Gémes K. Sport és életminőség. In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Eds. Kopp M, Kovács EM, Semmelweis Kiadó, Budapest 2006, pp. 167–186
21. Greer S. Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncol* 41:238–243, 2002
22. Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP. Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *J Clin Oncol* 30:1151–1153, 2012
23. Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, et al. A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. *Psycho-oncology* 11:447–456, 2002
24. Mackenzie MJ, Carlson LE, Specia M. Mindfulness-Based stress reduction (MBSR) in oncology: rationale and review. *Evidence-Based Integr Med* 2:139e45, 2005
25. McGregor BA, Antoni MH. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behav Immun* 23:159–166, 2009
26. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et al. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 17: 1–16, 2002
27. McCain NL. Psychoneuroimmunology, spirituality, and cancer. *Gynecol Oncol* 99:S121, 2005
28. Nemzeti Rákellenes Program. Szerk: Rác J (felelős kiadó) *Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest* 2006
29. Ornish D, Jesus M, Magbanua M, et al. Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci* 105:8369–8374, 2008
30. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatr Med* 36:13–34, 2006
31. Pikó B. A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Eds. Kállai J, Varga J, Oláh A. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2007
32. Rao MR, Raghuram N, Nagendra HR, et al. Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 17:1–8, 2009
33. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 110:9–17, 2008
34. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns PC. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *J Clin Psychol Med Settings* 13:31–37, 2006
35. Riskó Á. A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest 2006, pp. 92–94
36. Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai irányelvei. Egy szakmai protokoll tervezete. *Psychiatr Hung* 13:455–468, 1998
37. Riskó Á. A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula. Budapest 1999, pp. 34–48
38. Riskó Á. Az életmód szerepe a daganatos betegségek kialakulásában. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban* Eds. Horti I, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 29–31
39. Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatr Hung* 16: 384–402, 2001
40. Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health* 25:459–470, 2002
41. Sandel SL, Judge JO, Landry N, et al. Dance and movement program improves quality of life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 28:301e309, 2005
42. Savard J, Simard S, Giguère I, et al. Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliat Support Care* 4:219–237, 2006
43. Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2*. Eds. Mérei F, Szakács F. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest 1994, pp. 123–148
44. Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med* 62:613e22, 2000
45. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 38:527–533, 1981
46. Sréter L. A táplálkozás szerepe a daganatos betegségek kialakulásában. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Eds. Horti I, Riskó Á. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2006, pp. 23–29
47. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 29:17–27, 2006
48. Taylor E. Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 27:781–788, 2000
49. Tedeschi R, Calhoun L. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Traum Stress* 9:455–472, 1996
50. Tringer I. Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Szerk. Kállai J, Oláh A, Varga J. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2007