
UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 5.
2014

A mellrák pszichoszociális vonatkozásainak vizsgálata¹

Suta Erika*, Sárváry Andrea**

*Rákosok Román Egyesülete – Kolozsvár

**DE Egészségügyi Kar, Pszichológiai Tanszék

Absztrakt.

Célkitűzések: az emlőrákban való megbetegedés túlélésében szerepet játszó öt pszichoszociális tényező jelentőségének vizsgálata, amelyek a szakirodalomban publikált eddigi adatok fényében relevanciával bírnak e kör alakulása szempontjából.

Módszer: félig strukturált interjúk segítségével megpróbáltuk feltárni azokat a stresszkelte életeseeményeket, amelyek hatással lehetnek a megkérdezett személyek betegségének kialakulására, illetve azokat a múlt és jelenbeli adott eseményekhez fűződő társas kapcsolatokat, amelyekre a megkérdezettek támaszkodtak betegségükkel szembe-sülve. Érdeklődtünk továbbá az emlőrákkal való megküzdés módozatai, a veszteségek kontrollhitéről és rákérdeztünk a személyek életcéljaira.

Eredmények: megkérdezettjeink többsége szembesült egyfajta stresszor jellegű történés-sel, veszteségélménnyel megbetegedése előtt. Egyetlen kivétellel, mindannyian részesül-tek a társas támogatás valamilyen formájában. A megküzdési stratégiák közül a legtöbb-ben a vallást illetve a spirituális hitben való megnyugvást tartották a legjárhatóbb útnak. Szinte kétharmad részük külső kontrollhitesnek bizonyult és a velük való történeéseket

¹ E tanulmány „A mellrák pszichoszociális vonatkozásainak vizsgálata daganatos bete-gek körében” című szakdolgozat alapján készült. A cikk szerkesztése során a szakiro-dalmi részt összefoglaltuk, a kutatásból pedig csak a megkérdezettek vallomásait tartalmazó idézeteket hagytuk ki.

felsőbb hatalmaknak, többnyire Istennek tudták be. Életcéljaik középpontjában pedig a család és szeretteik illetve egészségmegőrző-program útmutatásainak követése és ezek általi életstílus-változtatás állt.

Következtetések: sikerült kimutatni a vizsgált öt pszichoszociális tényezőnek a szerepét az emlőrákban való megbetegedés túlélésében illetve a betegek életminőségének alakulásában.

Kulcsszavak: pszichoszociális tényezők, jelentős életesemények, társas kapcsolatok, coping-stratégiák, kontrollhit, koherencia érzés és életcélok.

Abstract. *Purpose of the article:* To examine the importance of five psychosocial factors in breast cancer survival that are, according to the published literature, relevant to the development of this disease.

Methodology: We conducted semi-structured interviews with a sample of participants to assess the stressful life events that might have influenced the onset of the disease, as well as to identify the social support in connection to past or present events that the participants could rely upon when faced with the disease. Furthermore, participants were asked about the methods they had used to cope with breast cancer, experiences of a sense of loss, the extent to which they believed they can control the events that affect them (locus of control) as well as the individuals' life goals.

Findings: Most participants reported having been exposed to certain stressful events or having suffered loss prior to the onset of the disease. Almost all of them received some kind of social support. As regards coping strategies, most of the participants found comfort in religion or spirituality. Nearly two thirds of the respondents had a prevalent external locus of control, attributing events to God or higher powers. As for their life goals, most participants mentioned family and loved ones, as well as adopting health promotion programs and a healthier lifestyle.

Conclusions: We have demonstrated the role of the examined five psychosocial factors in breast cancer survival and their impact on the development of the patients' quality of life.

Keywords: psychosocial factors, significant life events, social relationships, coping strategies, health locus of control, sense of coherence, life goals.

A rákos megbetegedések szerte a világon a harmadik leggyakoribb elhalálozási okként vannak nyilvántartva a fertőző megbetegedések, és a szív- és érrendszeri megbetegedések után. Mondhatnánk úgy is, hogy a rák népbetegség, valamint korunk egyik legnyomasztóbb népegészségügyi problémája (Ferlay és munkatársai 2006).

Az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint 2005-ben 502.000 nő halt meg világszerte emlőrákban. Prognózisuk a 2010-es évekre még elkeserítőbb – 3:1 arányban fog az emberiség rákban megbetegedni.

Egy széles körben elterjedt felfogás szerint a rákos megbetegedések kialakulásában a pszichológiai tényezők jelentős szerepet játszanak, és e kór előrehaladásában a stressz, a depresszió, a szociális elszigetelődés valamint a megküzdési stílusok nagy jelentőséggel bírnak (Lemon és munkatársai 2004). A kutatások jelenlegi állása szerint azonban nincs elegendő bizonyíték ezekre (Edelman 2005). Azt viszont kimutatták, hogy a pszichológiai tényezők növelhetik a rákos megbetegedések kockázatát, amikor ezek és más vulnerabilitás tényezők – mint például a meghitt, bizalmas emocionális támasz hiánya – együtt járnak (Price és munkatársai 2001). Mára már számos szakember elismeri, hogy a pszichológiai vonatkozások figyelembevétele és a pszichológiai problémák kezelése a rákos betegek terápiájának fontos elemeit képezik (Massie és Holland 1990).

A diagnózis, a betegség hosszú-, és rövid távú következményei – mint például a mell eltávolítása, a kemoterápia vagy sugárkezelés, a rosszullét, a fájdalom, a hányinger, a hajhullás, stb. –, a betegséggel szembeni attitűd, valamint azok a megküzdési stratégiák, amelyekhez a személy folyamodik, olyan tényezők, amelyek befolyást gyakorolhatnak a túlélésre (Szabó 2001).

Edelman és munkatársainak (1999) vizsgálatai, melyek az életminőség javítását és az élettartam meghosszabbítását célozták, összefüggést találtak a stresszkelteő életesemények, a depresszió, a személyiségbeli sajátosságok és azon megküzdési stratégiák között, amelyek a betegség kialakulását befolyásolhatták. Ebből kifolyólag, indokoltnak tartottuk ezen pszichoszociális tényezők kutatását, mivel az eddigi vizsgálatok arra utalnak, hogy leggyakrabban ezek mutatnak statisztikailag kimutatható összefüggést a daganatos megbetegedés különböző vonatkozásaival.

A Rákosok Román Egyesületénél 2009-től hetente működik² támasznyújtó, önszorgító csoport kolozsvári, mellrákos nőknek, melynek egyik legfontosabb célkitűzése a csoportszellem, a hovatartozás illetve az egymás támogatás érzésének kialakítása. Klinikai szakpszichológus szupervíziója alatt próbáljuk meg az érintettek gondolkodását, életszemléletét átformálni és a pozitív gondolkodás rejtelseit elsajátíttatni velük. Programjaink között szerepelnek még szabadtéri tevékenységek (séták, kirándulások), különösebb fizikai megterhelést nem igénylő mozgás-programok, ergoterápiás tevékenységek (kézimunka, rajzolás, festés, kerámiából dísz tárgyak, ékszerek készítése). A spirituális hitben érdekeltekhez pedig havonta egy ortodox pap is ellátogat.

² Suta Erika vezetésével

Stresszkeltő életesemények

A stressz mindennapjaink velejárója és kellemetlen életesemények illetve életünk negatív történései közepette döbbenünk csak rá ártó hatására. A mód, ahogyan sikerül elboldogulnunk vele, valamennyiünk számára más és más. Sokan csak akkor tulajdonítanak neki jelentőséget, amikor már negatív tüneteket produkál egészségük szempontjából. Különösképp így van ez a daganatos betegségben szenvedők esetében.

A jelentős életesemények a legfontosabb stresszorok között szerepelnek. Ezek között a traumák különlegesen fenyegető életesemények, melyek lassan gyógyuló „sebeket” ejtenek a velük való találkozáskor. A Holmes és Rahe (1967) által kidolgozott életesemény-skála 43 olyan akut stresszforrást, traumát foglal magába, melyek közül a szeretett személy halála, egy súlyos betegség, munkahely elvesztés az elsők között szerepel. Ezért jut nagy jelentőség ezeknek az eseményeknek a feldolgozására. Ugyanis a „gyászoló személyeknél nagyobb valószínűséggel alakulnak ki daganatok a halálesetet követő években” Stauder (2007:161).

A *mindennapi kellemetlenségek* („daily hassles”) szorosan kapcsolódnak az egyén egészségét veszélyeztető tartós stressz állapotokhoz. Kanner és munkatársai (1981) szerint a leggyakrabban előfordulók a családtagok egészségi állapotához, az alapvető szükségleteket kielégítő javak árának emelkedéséhez, az otthon fenntartásához, a túlterheléshez, illetve a különböző tárgyak elvesztéséhez vagy megtalálásának nehézségeihez kapcsolódnak.

A stressznek a rákos megbetegedésekben játszott szerepét mindenekelőtt a Simonton és feleségének Matthews-Simonton szerzőpárosnak sikerült meggyőző erővel igazolnia, akik a terminális fázisban lévő rákos betegek hagyományos gyógykezelését egészítették ki egy olyan pszichológiai beavatkozással, mely a stressz csökkentése által az immunrendszer megerősítését tűzi ki célul. 1978-ban megjelent *Getting Well Again* című könyvük, akárcsak terápiás eredményeik elismerése (melyek a legjobb amerikai rákkórházakhoz képest kétszer, az országos átlaghoz viszonyítva háromszor jobbak!), módszerüket világviszonylatban ismertté tették (Capra 1982; Siegel 1993 és 1995; Vargha 1995).

A mellrákhoz való viszonyulás

A rossz hírre való reagálás kortól, iskolai végzettségtől, lakóhelytől függően mindenkinél másképp történik (Balega 2006). A leggyakoribb reakciók a kezdeti sokkos állapot során a kétségbeesés, a talaj elvesztése a lábuk alól, a magukba fordú-

lás és a depresszív állapotba kerülés. Ezért az onkológiai team elsődleges célja a beteg pszichéjének „hadrendbe állítása” a betegség elleni harc során, hisz a beteg gyógyulni vágyása nélkül a leghatékonyabb gyógyító módszerek is csődöt vallhatnak. A felvilágosítást a beteg pszichés teherbíró képességéhez is illeszteni kell, ami idő- és empátiaigényes feladat. A megfogalmazás árnyaltságával, tapintatos stílussal, egyenes beszédünkkel nem elbizonytalanítani szándékozunk a beteget, csupán megnyerni őt a betegség elleni küzdelemre. A ködösítés, a tények mellett való elbeszélés bizonytalanságot okozhat, mely ronthatja a gyógyulás esélyeit. A rossz hírre agresszióval reagálókhoz is türelemmel kell lennünk; ugyanis az agresszió a nehéz helyzetre adott válaszreakció (Balega 2006).

A betegséghez való viszonyulás az első pillanattól kezdve a legmeghatározóbb szempontok egyike. Fontos, hogy a személy e kórt betegségnek tekintse és nem „átoknak, büntetésnek, szégyennek”, de különösképp nem „halálos ítéletnek”. (Sontag 1983; Riskó 1999 nyomán) Az orvos szerepe szintén meghatározó, hiszen „ő mondhatja ki a főként kezdetben szinte kimondhatatlant a szorongó, érzelmi krízisben lévő, kommunikációs képességeiben gyakran gátolt betegnek: «önnek rosszindulatú daganatos betegsége van»” Riskó (1999:38).

Riskó (1999) szerint a kétségbeesés fázisából való kimozdulás után beindul az életben maradás ösztöne: a betegséggel szemben a páciens vagy küzdő magatartással vagy tagadó hozzáállással fog viszonyulni. Ez pozitívan értékelhető és ezeknek a betegeknek nagyobb az esélyük a gyógyulásra, mint a reményét vesztő, beletörődőnek, aki megadja magát a betegségnek.

A daganatos beteg támogató rendszere

A rák pszichoszociális tényezői szempontjából fontos számon tartanunk, hogy a betegség túlélésében meghatározó szerepet játszik az adott betegségben szenvedő személy körüli szociális támasz és hogy a különböző típusú támasz milyen forrásból érkezik. Példának okán a személyek információ jellegű konkrét támaszt várnak el a szakemberektől, míg az ugyanilyen jellegű segítséget a hozzátartozók részéről manipulációként veszik. Utóbbiaktól ugyanis az emocionális támaszt igénylik.

Sokaknak könnyebb hasonló problémákkal küzdő személyektől igénybe venni. A szociális támasz típusú segítségnyújtás elfogadására azonban szinte képtelenek az olyan személyek, akik nem szociálisak, illetve képtelenek szociális kapcsolatokat fenntartani vagy biztosítani azok kielégítő minőségét, akik maguk sem segítenek másoknak, amikor problémákkal szembesülnek, nem tudják megfogalmazni segítség iránti igényüket, vagyis akiknek kommunikációs problémáik vannak. Berkman és Syme (1979) vizsgálatai azonban kimutatták, hogy a

kisebbségi szociális támogatottsággal rendelkezőknél, a halandóság rátája magasabbnak mutatkozott azokkal szemben, akik szélesebb körű szociális támogatást élveztek (Holland 1990).

Team-munkával azonban a betegek életminősége nagymértékben javítható és elkerülhetők olyan súlyos érzelmi következmények, mint a megváltozott testkép elfogadhatatlansága. Ez húzódhat meg a mellrákos nők partnerkapcsolatainak megromlásának hátterében is, amely a legfontosabb támogató rendszerek egyike. Az önértékelés csökkenése, a krónikus fáradtságérzet és a libidócsökkenés mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a mellrákos nők rövidebb-hosszabb ideig lemondanak a testi közelségről még akkor is, amikor ezekre az együttlétekre nagyon nagy szükségük lenne (Riskó, 1999). Ha a nőiesség képe csorbát szenved, ez időleges, illetve végleges visszahúzódást eredményez a partnerüktől, melyre számos esetben a férfiak is rásegítenek. A legfontosabb lelki támogatást nem egy külső szakember, hanem az élettársnak kellene adnia. Ennek azonban – még a betegség kialakulása előtt – egy kiegyensúlyozott, kölcsönös szereteten alapuló, jól működő partnerkapcsolat elengedhetetlen feltétele (Riskó, 1999).

A megküzdési stratégiák alkalmazása

A külső környezetből érkező segítség is hatástalan maradhat azonban, ha a személy nem viszonyul megfelelőképpen a betegségéhez és az ezzel való megküzdéshez. Bármilyen coping stratégiát is alkalmazzon a személy, a lényeg, hogy az átsegítse őt a daganatos betegség következtében kialakult nehéz életszakaszon és megmutassa neki 'a fényt az alagút végén'.

Maslow (1970) szerint a megküzdés:

- célirányos és motivált,
- a külső környezet és a kulturális tényezők által meghatározott,
- az esetek jelentős részében tanult viselkedésformákat mozgósít,
- könnyebben ellenőrizhető, mint az expresszív viselkedés,
- általában változást igyekszik előidézni a környezetben és ebben a célkitűzésében gyakran sikeres is,
- jellemző módon eszközjellegű magatartás, amelynek célja a szükségletek kielégítése vagy a fenyegetés csökkentése,
- tipikusan tudatos viselkedés, bár idővel nem tudatossá válhat,
- általában erőfeszítéseket feltételez a személy részéről (Vargha, 2011 nyomán).

Lazarus és Folkman (1984, 1991) a megküzdés két alapvető funkcióját különböztetik meg: a stresszt előidéző probléma kezelését vagy megoldását, illetve a problémára adott emocionális válaszreakció szabályozását. A megküzdés e két formája nem zárja ki egymást, inkább facilitáló hatást gyakorolnak egymásra, bár a helyzet – vagy még inkább annak egyes elemei – adottságaitól függően egyik vagy másik közülük előtérbe kerülhet (Vargha 2011 nyomán).

Ha a személy negatív elterelő stratégiákat alkalmaz, izolálódhat környezetétől és a huzamosabb ideig tartó önsanyargatás megakadályozhatja abban, hogy lépjen saját helyzete megváltoztatása érdekében. A túlzott mértékű alkoholfogyasztás, az önmagára is veszélyes cselekvési módok illetve a másokra irányuló agresszió csak tovább rontanak a helyzetükön (Sárváry 2011).

„Hasznos, és a betegség későbbi szakaszára jellemző megküzdési stratégia a konkrét, rövid távú célok felállítása, illetve a távolabbi célok mentális feltérképezése, elővételezése. Ezek a célok azt sugallják a betegnek, hogy van miben bíznia. Végül sokak számára rendkívül nagy segítséget adó megküzdési forma a pozitív jelentés keresése, vagyis az értékek átrendezése, a korábban háttérbe szorult vagy kevésbé értékelt tevékenységek felfedezése” Sárváry (2011:123).

A kontrollhit és a mellrák alakulásának viszonya

A személy egészségkontroll-mintájának feltárása azért bír jelentőséggel a dagados betegségek pszichoszociális tényezőinek megismerése során, mert azok a betegek, akik rendelkeznek megfelelő kontrollhittel, és úgy érzik, hogy képesek uralni az életükben bekövetkező történések alakulását, nagy valószínűséggel negatív következmények kialakulása nélkül élik majd meg azokat a negatív emóciókat, amelyek felléphetnek az onkológiai kezelések alatt.

Az Amerikai Egészségügyi Intézetek (National Institutes of Health – NIH) megfogalmazása szerint a *kontrollhit* „azoknak az egymással összefüggésben álló meggyőződéseknek és elvárásoknak az együttese, amelyek arra vonatkoznak, hogy egyrészt a személy *képes úgy cselekedni*, hogy ezáltal megvalósítsa az elvárt eredményeket, másrészt arra, hogy a környezet a személy igényeinek *megfelelően fog viselkedésére reagálni*” (Shapiro és Astin 1998:22).

Amennyiben az egyén úgy fogja fel a megerősítést, mint valamilyen cselekedete következményét, de ugyanakkor úgy találja, hogy az nem egészen az ő tevékenységétől függ, akkor azt a mi kulturviszonyaink között, úgy értékeli, mint szerencsét, mázlit, végzetet, külső erők keze nyomát vagy előre nem látható eseményt, mivel a körülötte nyüzsgő erőtényezők igen bonyolultak (Phares 1987). Az események ilyen módon való értelmezését külső kontrollhitnek nevezzük. Ezzel szemben, ha az egyén felfogása szerint az események saját maga-

tartásának vagy viszonylag állandó jellemvonásainak folyamányai, azt *belső kontrollhitnek* nevezzük.

A külső és belső kontroll hatással van a jóllétre és az egészségre is. Eisenberger és Cameron (1996) szerint a személyiségfejlődés során a kontroll és a motiváltság szoros kapcsolatban áll egymással. A *belső kontrollal* rendelkező személyek döntéseit belső motiváltságuk irányítja és lehetőséget ad számukra személyiségük kiteljesedésére és kreativitásuk kiélésére, míg a *külső kontrollal* rendelkezők mások elvárásaihoz alkalmazkodnak, és külső szabályrendszereknek kívánnak megfelelni, mely által belső személyiségfejlődésük akadályozottá válik.

A kontrollhit az, amely a betegség kialakulásához vezethet, de ez fordítva is igaz. Ahogy az embernek a betegsége alakul, úgy módosulhat a kontrollhite is. Lehet, hogy valaki kiindul egy nagyon domináns belső kontrollhitből, ami arra vonatkozik, hogy ő meg van győződve arról, hogy minden úgy történik, ahogy ő alakítja a dolgokat.

A *tanult tehetetlenség* a kontrollvesztésre adott reakciók során a legsúlyosabb probléma, ugyanis a személy úgy észleli a helyzetet, hogy saját viselkedésének semmilyen hatása nincs a helyzet kimenetelére. Különösen magas fokú tehetetlenséget mutattak ki a szakértők krónikus betegségekben szenvedőknél, ahol a fájdalom, a mozgáskorlátozottság, az egyedüllét és a megváltozott élethelyzet elfogadása jelenthet nehézséget.

Antonovsky a *koherencia* érzéseként határozta meg azt az alapvető beállítódást, amelyik szerint az élet legkülönbözőbb eseményei valamilyen okból kifelől következnek be és még akkor is felismerhető valamilyen logika, felsőbb hatalom vagy grandiózus terv kontrollja, ha nem rendelődnek alá feltétlenül az egyén ellenőrzésének (Amirkhan és Greaves 2003). A koherencia érzése ellentmond annak a cinikus szemléletnek, amelyik a világot a kiszámíthatatlanság, a káosz és az abszurdum által uralként fogja fel (Antonovsky 1993). Azok a személyek, akik rendelkeznek az élet értelmébe vetett hittel és az ez által kreált pozitív érzelmi állapottal, profitálnak az olyan egészségvédő faktorokból is, mint a közösségi kapcsolatok erőssége, a vallás, a civil szférában való részvétel és új személyközi kapcsolatok kiépítése. Ezek mindegyike a jóllét kialakításának egyik alapkővét képezi.

Életcélok az emlők daganatos megbetegedésében szenvedők körében

A daganatos betegségben szenvedőknél is fontos, hogy tűzzenek maguk elé közeleli, rövid távú, középtávú és egyesek hosszú távú célokat, melyek saját értékeikre alapozva kiteljesíthetik az életüket, a mindennapjaikat és motiválhatják őket a megvalósításban. Céljaink elérésének viszont elengedhetetlen feltétele a hajlandóság és áldozatvállalás is. Számos beteg bevállalja azt a rengeteg mellékhajtást, amely az onkológiai kezelésekkal együtt jár, mert bíznak abban, hogy ezáltal meghosszabbíthatják életüket. A pozitív gondolkodás segíthet nekik ebben. Jótékony hatása nemcsak a jelen életeseményei során mutatkozik meg, hanem a jövőre vonatkozó vágyainkban, elvárásainkban is.

Minta

A kutatásban résztvevő vizsgálati személyek olyan mellrákos nők, akik Romániában élnek, jórésztük Kolozsváron, míg mások az ország más megyéiben. Közös bennük, hogy a múltban mindannyian a kolozsvári Onkológiai Intézetben voltak kezelve. A személyek kiválasztásánál nagyon vigyáztunk arra, hogy interjúalanyaim életében minimum két év elteltje azóta, hogy befejezték az onkológiai kezeléseket egy részét, a sugár- és kemoterápiát. (A tablettás hormonkezelés egyesekeknél öt évig is eltart.)

A megkérdezett személyek egyharmada a Rákosok Román Egyesületénél működő – korábban már említett – önszervező csoportba járt. Az ország más részéből származókkal azokon a napokon készült az interjú, amikor épp a periodikus egészségügyi állapotukat felmérő vizsgálatokra jöttek Kolozsvárra.

A legfiatalabb nőbeteg életkora 38 év volt – a legidősebb pedig 74 éves. Ezáltal a vizsgálati személyek átlagéletkora 56 évre tehető.

A vizsgálatba eredetileg 40 személyt szándékoztunk bevonni, de végül csak 30 személy válasza került feldolgozásra. Tíz személyt pszichés állapotuk súlyosságából kellett mellőzni, mivel zaklatott lelkiállapotuk miatt kontraindikáltnak tartottuk a felkavaró témákat magába foglaló meginterjúvolást.

Módszer

A kutatás módszere félig strukturált interjú volt, melyek kérdéseit öt pszichoszociális tényező köré csoportosítottam.

Az első témakör a *stresszkeltő életesemények* voltak. Itt arra voltunk kíváncsiak, hogy a daganatos betegségük kialakulását megelőzően, milyen események történtek a megkérdezettek életében, amiről úgy gondolták, hogy megterhelheték őket lelkileg és hozzájárulhattak betegségük kialakulásához.

A második kérdés-kategória a múltbeli, adott eseményekhez kapcsolódó és jelenre vonatkozó *társas kapcsolataikat* célozta meg. Válaszaikból azt szeretttük volna megtudni, hogy kik voltak azok a személyek, akiknek szociális támaszára számíthattak illetve fordultak-e lelki segítő szolgálatok szakembereihez. Megpróbáltunk fényt deríteni azokra a személyekre, akik pozitív hatást gyakoroltak a betegségükkel való megküzdés során, de érdekelték azok is, akiket esetleg elvezítettek megbetegedésükből kifolyólag.

A harmadik kérdéskör *azon megküzdési stratégiák* feltérképezésére irányult, amelyekhez a vizsgált személy folyamodott betegsége során. Itt azok után a coping-mechanizmusok után érdeklődtünk, amelyek rendelkezésére álltak úgy testi, mint lelki szinten és hogy mennyire volt ezeknek hatásuk a kór leküzdése során.

A negyedik kategória azokat a *kontrollhittel* kapcsolatos kérdéseket foglalta magában, amelyek válaszaiból kiderülhetett, hogy a vizsgált személy külső vagy belső kontrollal jellemezhető inkább. Érdekelték továbbá e kérdéskörben a vizsgált személyek Antonovsky (1993) koherencia érzésével kapcsolatos elgondolásai; hogy szerintük a világban van-e rend vagy csak a kiszámíthatatlanság és a káosz uralkodik-e mindenütt.

Az utolsó öt kérdés azokra az *életcélokra* vonatkozott, amelyeket az emlők daganatos megbetegedésében szenvedők tűznek maguk elé és próbálják azokat megvalósítani.

Célkitűzések és hipotézisek

1. A jelentős életesemények témakör kapcsán megfogalmazott célok:

- a) azoknak az eseményeknek a felkutatása, amelyek nagy megpróbáltatásnak tették ki a személy alkalmazkodási képességét és ezáltal közrejátszhattak a daganatos betegségek kialakulásában;
- b) a történeteknek érzelmi síkon való megélésének megismerése és annak felderítése, ahogyan ez az esemény befolyásolta életük további alakulását.

Hipotéziseink:

- a) a megkérdezettek többsége be fog számolni stresszor jellegű történetéről a rákos betegség kialakulása előtt;
- b) ezek a történetek súlyos, személyiségük fejlődése szempontjából negatív hatást gyakoroltak rájuk.

2. A társas kapcsolatok témakör célkitűzései:

- a) a szociális támasz jellegű múltbeli, adott eseményekhez kapcsolódó, illetve jelenre vonatkozó személyek körének feltárása, akik támogatást nyújtottak a betegek számára;
- b) a megkérdezettek igényeltek-e lelki segítséget professzionális szakemberektől, és ha igen, akkor milyen segítséget vártak tőlük.

Hipotéziseink:

- a) a vizsgált személyek nagy többsége rendelkezik a szűkebb/tágabb családja támogatásával, mely által könnyebben elboldogultak betegségükkel;
- b) csak kevesen fordultak professzionális segítőhöz pszichés problémáikkal.

3. A coping stratégiák témaköre kapcsán célkitűzéseink:

azoknak a megküzdési módoknak a feltárása, amelyeket betegséggel való megküzdés során alkalmaztak és hogy mennyire hittek ezek hatékonyságában.

Hipotéziseink: az érintettek elsősorban érzelmi stratégiákat alkalmaztak. Sokan fordultak anyagi támogatásért családjukhoz, barátaikhoz, mivel a hosszú hónapokig tartó kezelések többségüket nagymértékben megterhelhette anyagiilag. Fontos lehetett számukra minden olyan információforrás, amely hasonló helyzetben lévő személyektől érkezett, és amely hozzájárulhatott a betegségükkel való megküzdés elősegítéséhez.

4. A kontrollhit vizsgálatával kapcsolatos célok:

- a) annak azonosítása, hogy megkérdezettek külső vagy belső kontrollhitűek-e;
- b) annak megismerése, hogy mennyire érezték magukat tehetetlennek az onkológiai kezelés időtartama alatt;
- c) annak feltérképezése, hogy a vizsgált személyek hogyan vélekednek arról, hogy a világ dolgait a rend vagy a zűrzavar és a káosz határozzák-e meg.

Hipotéziseink:

- a) a megkérdezett személyek külső kontrollhelyesek és szorongással válaszolnak stresszkeltő életeseményekre;
- b) azok a nők, akik részesültek különösképp kemoterápiában – függetlenül a daganat természetétől illetve a mellükben való elhelyezkedéstől –, a kezelés időtartama alatt átéltek kisebb-nagyobb fokú tehetetlenségi érzést;
- c) a tanult tehetetlenség érzése világszemléletükre is ráteszi bélyegét; a környezetükkel kapcsolatos negatív elvárások és a jövőjükre vonatkozó negatív előfeltételezésekből kiindulva, a világban történetekben is csak a bizonytalanságot és a káoszt érzékelik.

5. Az életcélokkal kapcsolatos célkitűzéseink:

- a) a megkérdezettek jövőre irányuló elképzeléseikre, és azok megvalósíthatóságára vonatkoztak;
- b) a céljaik megvalósítása érdekében tett hajlandóságuk.

Hipotézisek:

- a) a vizsgált személyek – a nagymértékű félelmeikből kifolyólag – az egészségük visszaállításán kívül, nem mernek célokat tűzni maguk elé és szorongással telve tudnak csak jövőjükre gondolni.
- b) céljaik megvalósítása érdekében – lehetőségeikhez mérten –, mindannyian valamilyen egészségvédő programokba kezdenek és ezekbe teljes mértékben hisznek is.

Eredmények

Az életesemények témakör eredményei

E témakör kapcsán a válaszokat – a Holmes és Rahe (1967) életesemény-skála – alapján azonosítottuk be és öt fő kategóriába csoportosítottuk őket, melyek a következők: „stresszhelyzetek”, „veszteségélmények”, „biológiai háttér”, „betegségélmény” és a „nehézséget jelentő anyagi változások” (1. sz. táblázat).

Életesemények		Gyakoriság	
		Fő	Százalék
Stresszhelyzetek	családon belüli stressz	9	30%
	munkahelyi stressz	3	10%
	tágabb környezet / szomszéd	1	3,33%
Veszteségélmény	elhalálozás	7	23,33%
	elköltözés	1	3,33%
Biológiai háttér (öröklődés, hormonkezelés)		7	23,33%
Betegségélmény (közeli családtagé)		4	13,33%
Nehézséget jelentő anyagi változások (saját ill. közeli családtag munkahely elvesztése)		3	10%

1. táblázat Az életeseményekkel kapcsolatban kapott leggyakoribb válaszok.

A vizsgálat személyek életében a legtöbb stresszkeltő életesemény családon belül történt. Túlnyomórészt (9 esetben) párkapcsolati konfliktusokat és családtagokkal való heves vitákat említettek ezzel kapcsolatban. A második leggyakoribb életesemény, amely rátehetett bélyegét rákos diagnózisukra, egy szeretett személyek elhalálozása illetve – egy esetben – a gyermek külföldre való költözése volt. Nyolc személy szerint ez váltott ki olyan veszteségélményt bennük, amelyet aztán betegségük okának tudnak be. A biológiai háttérből (öröklődés, hormonkezelés miatti) származó betegség kialakulásának valószínűségét hét beteg említette meg. Négyen hormonkezelés következményeként hiszik, hogy daganatos betegek lettek, míg hárman nagy valószínűséggel anyai ágon örökölhették (édesanyjuk is mellrákos volt, illetve lánytestvérük is ebben szenved). Öt esetben közeli családtag (férj, szülő) betegsége (féloldali paralízise), valamint az ő állandó (éjjel-nappali) gondozása vezetett odáig, hogy saját személyüket teljesen elhanyagolva megbetegedjenek rákban. Három személyt pedig annyira megviselt lelkileg a saját illetve a közeli családtag munkahely elvesztése és az ebből adódó anyagi nehézségek, hogy „teljesen belebetegedtek”. A harminc megkérdezett személyből az összes negatívan (elkeseredettséggel, szorongással) élte meg a történeteket. Csak két olyan személlyel találkoztam, akik úgy érezték, hogy szerintük lelki tényezők nem játszottak közre a betegség kialakulásában. Az ő esetükben a diagnózis kialakulását hormonkezelésnek tudták be az orvosok.

Arra a kérdésre, hogy a betegség hogyan befolyásolta életük további alakulását, 21 személy negatív változásról beszélt és csupán 7 személynek értékelődött át pozitívan az élete a rákos diagnózis után. Míg ketten úgy tartották, hogy semmilyen hatással nem volt rájuk. Mára már csak 19-en tekintenek vissza borúlátóan megbetegedésükre (két vizsgálati személy ugyanis már elhalálozott). A hét pozitívan gondolkodó mellett négy olyan interjúalanyunk volt, akik úgy érezték, hogy életük azóta is ugyanolyan maradt.

A társas kapcsolatok témakör eredményei

A témakörben kapott válaszok megerősítették annak fontosságát, amit a társas támogatás megléte jelenthet a daganatos betegek életében. Legyen az családtag, barát, szomszéd, kolléga, főnök vagy csak egy jó ismerős, amennyiben kimutatták pozitív érzéseiket és támogatásaikat a megkérdezetteknek, hozzásegítették őket ahhoz, hogy érezzék, „nincsenek egyedül” ebben az életükért folyó küzdelemben.

Ahogy a 2. számú táblázat számadataiból is kitűnik, szinte mindannyian rendelkeztek informális (Csabai és Molnár 2000) szociális támogatórendszerrel, amelyben a velük való törődés és róluk való gondoskodás a szeretet egyik megnyilvánulási formája.

Szociális támasz formái	Gyakoriság	
	Fő	Százalék
Család	27	90%
Barátok	7	23,33%
Szomszédok	2	6,66%
Egyéb személy (főnök, kollégák, mások)	4	13,33%
Egyedül	1	3,33%
Szakemberhez fordultak volna	19	63%
Nem tartottak igényt külső támogatásra	11	36,6%

2. táblázat A társas támogatást nyújtók körének gyakorisága.

Az esetek nagy többségében nem elhanyagolható az anyagi segítség sem, melyben a vizsgált személyek részesültek a többhónapos kezelések ideje alatt. Sokuk számára ekkor derült ki, hogy kik azok a személyek, akik feltétel nélkül szeretik őket, és akikért érdemes tovább folytatni a harcot e betegséggel.

Ami a morális segítő szakemberek (pszichológus, szociális munkás, pap) szolgáltatásainak igénybe vételét illeti, 19-en (63,3%) igényeltek volna pszichés támogatást különösképp a betegségük kezdetén, de szakember hiányból kifolyólag nem volt ilyenre lehetőségük. 11-en (36,6%) nem tulajdonítottak ennek különösebb jelentőséget. (Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a kolozsvári Onkológiai Intézetben csak tavalyelőttől alkalmaznak pszichológust. Addig – önkéntesként – túlnyomórészt a szerzők egyike (Suta Erika) nyújtott számukra lelki támaszt és lehetőséget az érzelmi ventillációra.)

A coping stratégiák témakör eredményei

A megküzdési stratégiák a betegséggel kapcsolatos kérdéskörre a válaszokat öt fő coping-típus köré soroltuk, melyek a következők: „hit és a vallásgyakorlás”, „aktív megküzdés”, „emocionális szociális támasz felhasználása”, „instrumentális szociális támasz felhasználása”, és a „pozitív gondolkodás”.

A megküzdési mechanizmusok eredményei a COPE-skála (Carver és munkatársai 1989) alapján lettek csoportosítva (3. sz. táblázat).

Coping-típusok	Gyakoriság	
	Fő	Százalék
Vallás illetve spirituális hitben való megnyugvás találás	14	46,6%
Aktív megküzdés (a gyógyulás érdekében tett lépések, elfoglaltság, munkaterápia)	14	46,6%
Emocionális szociális támasz felhasználása (család, gyerekek, unokák)	12	40,0%
Instrumentális szociális támasz felhasználása (információ-kérés, szakemberekhez fordulás, anyagi segítség)	9	30,0%
Pozitív újraértelmezés és növekedés	9	30,0%

3. táblázat Az alkalmazott coping-csoportok eredményei.

Ebben a skálában szereplő megküzdési típusok voltak azok, amelyeket legközelebbinek tartottuk azokhoz a megküzdési módokhoz, amelyekhez a daganatos betegek folyamodnak a leggyakrabban. A megkérdezettek pedig szinte szóról-szóra idézték a skála válaszlehetőségének szavait.

A *hit és a vallásgyakorlás* volt a leggyakrabban alkalmazott megküzdési mechanizmus a betegek körében. A megkérdezettek szinte fele (14-en / 46,6%) hitt abban, hogy a vallásos szertartásokon való részvétel, az ima és a böjtök átsegítik majd őket betegségük folyamatán. Ennek feltehetően az is oka lehet, hogy a megkérdezett személyek szinte kétharmada román anyanyelvű és így túlnyomórészt ortodox vallású.

Ugyanez az arány mutatkozott az *aktív megküzdéssel* kapcsolatosan is. Azzal, hogy a betegek elterelték figyelmüket a betegségükről, többet foglalkoznak saját személyükkel és megváltozott az életstílusuk (azóta egészségesebben étkeznek, rendszeresen tornásznak, sétálnak, stb.), hobbijaiknak élnek (kézimunkáznak, olvasnak, virágokat gondoznak, stb.) bebizonyították, hogy „rák-túlélők”-ként is létezik tovább élet.

Az *emocionális szociális támasz* felhasználása / a család, a gyerekek és unokák / 12 (40%) személy számára jelentette az élet értelmét és adott nekik erőt ahhoz, hogy harcoljanak e kórral.

Az *instrumentális szociális támasz* (a különböző szakemberekhez való fordulás és azok tanácsának követése, a hasonló helyzetben lévőkől való információkérés illetve az anyagi támogatás) 9 megkérdezettnél (30%) szerepelt a legfontosabb megküzdési stratégiák között.

A *pozitív gondolkodás* (a betegségének egy más, pozitív fényben való feltüntetése, helyzetének ártértelemezése és az abból való tanulás) szintén 9 személy (30%) válaszai között szerepelt.

A harminc megkérdezett személyből 27 (90%) hitt teljes mértékben a saját maga által választott megküzdési technikákban és csupán 3 (10%) inogott meg ez irányú hitében.

A kontrollhittel kapcsolatos kérdéskör eredményei

A kontroll helyével kapcsolatos válaszokat három csoportba foglaltuk (4. táblázat).

Kontroll-típusok	Gyakoriság	
	Fő	Százalék
Felsőbb hatalmak (Isten)	19	63,3%
Sors / szerencse	10	33,3%
Saját életük irányítói	7	23,3%

4. táblázat A megtörtént események alakulása feletti kontroll a megkérdezettek körében.

Kategóriáink illeszkednek Antonovsky (1993) koherencia-elméletének üzenete köré, mely szerint vagy valamilyen felsőbb hatalom vagy a sors és szerencse közjátékának köszönhetjük azt, ami életünk során megtörténik velünk. Míg mások „saját sorsuk kovácsaik”.

A megkérdezett személyekből 19-en (63,3%) hiszik azt, hogy akárcsak életük, így megbetegedésük is „Isten”től származik. Tízen (33,3%) hiszik, hogy sors és szerencse közjátéka az egész életük. Míg saját életük irányítójának csupán 7-en (23,3%) tartják magukat. Ennek ellenére 26 (86,6%) szerint a hétköznapi napokban saját kezükben van a kontroll. Betegségük további alakulása 28 személynél (93,3%) is saját maguk által meghatározott. A megkérdezettek között csak 2-en (6,66%) gondolják azt, hogy ez Istentől illetve orvosától függ. Az

onkológiai kezelés mellékhatásaival való szembesülés során 17-en (56,6%) érezték magukat tehetetlennek. Tíz személy (33,3%) soha nem engedte el magát. Három (10%) vizsgálati alany állította azt, hogy néha nem tudta uralni helyzetét.

Az életcélokkal kapcsolatos témakör eredményei

Az életcélokkal kapcsolatos elképzeléseket a megkérdezettek részéről három kategóriába soroltuk, melyek a következők: családdal kapcsolatos célok, egészségmegőrzés valamint munka és egyéb tevékenységek (5.táblázat).

Életcélok	Gyakoriság	
	Fő	Százalék
Családdal kapcsolatos célok	16	53,3%
Egészségmegőrzés	15	50%
Munka és egyéb tevékenységek	5	16,6%

5. táblázat Az életcélok rangsorolása daganatos betegeknél.

A vizsgálati személyek között 17 olyan nő (53,3%) volt, akiknek életcéljaik megváltoztak és átrendeződtek a betegségük után. Tizenhárom főnél (43,3%) viszont változatlanok maradtak. A megkérdezettek közül 15-en (50%) konkrét cselekedeteket tesznek céljaik megvalósítása érdekében, 12-en (40%-uk) egészségük megőrzése érdekében konkrét életvitelen belüli változtatásokra hajlandó. És csak 3 személy (10%) jelezte, hogy nem mer célokat állítani maga elé, mivel annyira szorong a jövőtől. Céljaik megvalósíthatóságában hisznek 27-en (90%), melynek érdekében konkrét lépések megtételére is hajlandóak.

Következtetések

Holland (1998) a rákot „kaotikus sejtburjánzás”nak tartja, melynek több mint 200 fajtája ismert. Behatolva az épp szövetek közé, áttételeket hozhat létre a nyirokrendszerben, a vérben és ezáltal a test más részeiben is daganatok alakulhatnak ki. Wingate és Wingate (1988:91) szerint a rák „a páciens saját szöveteinek parazita formája”. Bármelyik meghatározás is áll hozzánk közelebb, daganatos betegségben szenvedőkkel foglalkozó szakemberként nem hagyhatók figyelmen kívül azok a – pszichoonkológia által már számos tanulmányban megfogalmazott – pszichoszociális tényezők, amelyek közrejátszhatnak e kórral való

megküzdésben és hozzásegíthetik az érintetteket a „ráktúlélők” számának növeléséhez szerte a világban.

A *stresszkeltő életeseményekkel* kapcsolatban megfogalmazott mindkét hipotézisünk beigazolódott, ugyanis a megkérdezettek többsége valóban átélt stresszor jellegű történetet a daganatos betegségének kialakulása előtt. Legyen az családon belüli, munkahelyi vagy tágabb környezetbeli stresszhelyzet vagy akár egy közeli személy elhalálózásával kapcsolatos veszteségélmény, a megkérdezett célcsoport úgy tartotta, hogy ez közrejátszhatott daganatos betegségének kialakulásában. Elenyésző százalékuk egy közeli hozzátartozó megbetegedését élte meg stresszkeltő eseményként vagy anyagi változások beálltának tulajdonított negatív mértékben olyan jelentőséget, hogy ezek bekövetkezését tartották betegségük kiváltó tényezőjének. A harminc megkérdezettből heten a mellükben kialakult rosszindulatú daganatot örökletes eredetűnek tartották, illetve olyan nagy adag hormonkezelésnek tudták be, amelynek következtében alakult ki szervezetükben a rosszindulatú sejtburjánzás. E témakör kapcsán szinte teljes mértékben megerősítést nyert második hipotézisünk, mely szerint ezek a történések személyiségük fejlődése szempontjából nagymértékű negatív hatást gyakoroltak rájuk. Csupán két olyan személy volt, akit e kór nem kifejezetten viselte meg lelkileg; ők hormonkezelésük utóhatásaként betegedtek meg.

A *társas támogatás* témakörön belül szintén beigazolódtak hipotéziseink, mivel csupán egyetlen személyt találtunk, akinek teljesen egyedül kellett megküzdenie betegségével. Az ő számára nem áll(hatot)t rendelkezésre sem rokon, barát, jószomszéd, de még egy kívülálló ismerős sem, akivel megoszthatta volna e betegséggel kapcsolatban kialakult terheit. A többiek – még ha nem is részesültek anyagi támogatásban is –, de legalább rendelkezésükre állt az emocionális támasz által nyújtott érzelmi ventilláció lehetősége. Amennyiben megadatott volna, szinte kétharmaduk örült volna morális segítséget nyújtó szakember támogatásának, különösképp a diagnózis hallatán, illetve az azt követő lelkileg nehezen elviselhető periódusban. A többiek beérték a család részéről érkező szeretettel és odafigyeléssel. Introvertált személyiségükből eredően, nem tartottak még arra sem igényt, hogy külső személlyel osszák meg e betegséggel kapcsolatos érzéseiket.

A *coping stratégiák* területén megfogalmazott hipotéziseink nem igazolódtak be. Megkérdezettjeink az érzelmi és anyagi támogatás elé a vallást, a spirituális hitben való megnyugvást helyezték, illetve az aktív megküzdés azon megnyilvánulását, mely szerint konkrét lépéseket kell tenniük gyógyulásuk érdekében. Emellett ergoterápiás tevékenységeket folytattak. Meglepően kevesen kérték ki

sorstársaik véleményét a betegséggel való megküzdéssel kapcsolatban, mint ahogy a pozitív gondolkodás sem volt gyakori körükben.

A **kontrollhittel** kapcsolatos hipotéziseink azonban alátámasztást nyertek. Kétharmaduk külső hatásoknak (túlnyomórészt „Isten általi büntetés”nek) tulajdonították betegségüket. Ennek következtében – tartva az ismeretlen ráhatásoktól – túlnyomórészt félelemmel és szorongással reagáltak az őket körülvevő történésekre. Nagyobb részük – a kemoterápiás kezelésük időtartama alatt – bizonyos fokú tehetetlenségi érzést is átélt. Egyetlenegy személy sem volt, akiben fellelhető lett volna Antonovsky koherencia-érzése. Még a három – viszonylag – pozitívabban gondolkodó nőbeteg sem hitte, hogy a világban rend és törvényszerűség lenne. Véleményük szerint a körülöttünk lévő világban történő eseményeket az esetlegesség, a véletlen és a káosz határozzák meg.

Az **életcélokkal** kapcsolatos hipotéziseink nem igazolódtak be. Csupán három olyan személlyel beszéltünk, akinek betegségével kapcsolatos félelmei olyan nagy mértékűek voltak, hogy semmilyen célt ne merjen maga elé tűzni és csak szorongással telve tudott volna jövőjére gondolni. A nagytöbbség azonban vagy családjaikkal kapcsolatos célokat tűztek maguk elé, vagy olyan egészségmegőrző-programokba kezdtek, amelyekben teljes mértékben hittek is és ezek megvalósítása érdekében konkrét lépések megtételére is hajlandóak voltak.

Patricia Fobair (2007) elgondolásaiból kiindulva és írásának útmutatásait követve arra a következtetésre jutottunk, hogy egy nő számára a mellrák és annak következtében eltávolításra kerülő emlő(k)ról való „lemondás” az egészségpszichológiai kutatások és ezen belül megfogalmazott biopszichoszociális modellben központi helyen szereplő és ugyanakkor az egyik legkomplexebb témakör. Ugyanis más szervekben (mint például torokban, tüdőben, májban, gyomorban, bélben, de még a női nemi szervekben) kialakuló rosszindulatú daganatos sejtbúrjázás sem jár annyira összetett pszichoszociális következményekkel egy NŐ számára, mint a mellrák. Számos olyan negatív emocionális reakcióval társul az érintettek életében, mely úgy a munkájukhoz való visszatérés megakadályozását eredményezheti, mint a magánéletükben kialakuló válságnak, számos esetben válásnak is a kiváltója lehet. Az e területen dolgozók és a pszichoonkológia kérdéskörével foglalkozók mindmáig nem találtak egy olyan – bármely nő számára járható utat jelentő – választ, amely káros emocionális következmények nélkül hozzásegítené őket az – esetek túlnyomó többségében – eltávolított emlő(k) ’elengedése’hez.

Javaslatok

Az onkológiai betegekkel foglalkozó szociális munkásoknak jelen kell lenniük, amikor a daganatos betegek szükségét érzik, hogy e kórral kapcsolatos félelmekről beszélhessenek valakivel, és akinek támaszával képesek legyenek a kezelési tervük minden egyes lépésének véghezvitelére. A szociális munkás számos feladatot vállalhat segítőként, képzettségének megfelelően. Közvetítő szerepet tölthet be a beteg és az onkológiai team tagjai között. Jogi képviselőt elérésében segítheti a betegeket. Kézzelfogható erőforrások – anyagi támogatások és más juttatások – felkutatását is vállalhatják, és esetenként részt vehetnek szakmai elhelyezkedési gondjaik megoldásában. Meg kell tanítaniuk a betegeket arra, hogy – szükség esetén – rámenősek is legyenek. Segíthetik őket abban, hogy pl. szerepjátékok keretén belül megtalálják a számukra legmegfelelőbb kommunikációs módot családtagjaikkal, orvosaikkal. Megbeszélhetik velük magánéletbeli problémáikat, és ha szükséges, pszichológushoz irányíthatják őket. Megtaníthatják őket életstílus-változtatásra az onkológiai kezelés után. Önszorgító csoportokat szervezhetnek nekik. Felkutathatnak számukra olyan szervezeteket, ahol a ráktúlélők önkéntes munkát végezhetnek. Később, ha úgy alakul, és betegségük kiújul, segíthetik őket a számukra legmegfelelőbb hospice- és palliatív tevékenységeket nyújtó szervezetek elérésében. A terminális fázisban lévők és azok családtagjai mellett pedig biztosíthatják a gyásztanácsadást (Patricia Fobair 2007 nyomán).

Tepperwein (1992:174) szerint a daganatos megbetegedések kialakulását „személyes tragédia, csökkent ellenállóképesség illetve belső elszigeteltség” idézi elő, és esetünkben az emlőrák a partnerkapcsolat (házastárs, barát, gyermekek, munkahelyi főnök vagy tanár) szellemi-lelki téren történő zavarát jelenti. Ugyanez a szerző hisz abban, hogy „egészségi állapotunk életvezetésünket tükrözi vissza” és „(...) a betegség mindig csupán jelzés, mely az éppen követett út megváltoztatására szólít fel”, meg kell fogadnunk a szerző tanácsait és „módosítanunk kell életvitelünkön”. Tepperwein (1992:175)

Ennek érdekében az egyik legfontosabb lépés az egészséges táplálkozás. A National Cancer Institute „*Eating Hints – Before, During and After Cancer Treatment*” kiadványában részletes útmutatót találhatnak az érintettek arról, ahogy táplálkozzanak az onkológiai kezelések ideje alatt és után.

Bagdy Emőke (2007:263) az egészségmegőrzés három alappillérét „a pozitív, optimista beállítottságban, a társas támogatottságban és az adaptív megküzdési módok birtoklásában” látja. A természetes életerő-fejlesztő, ún. vitalitásgenerátorok között említi az *életderűt*, a *fizikai élnélséget* és a *testi kontaktust*, melyek

együtt „hozzájárulhatnak az immunrendszer stimulálásához és az örömhormon-termeléshez.” (2007:246)

Egészségünk megőrzése érdekében Pennebaker (2005) a naplózás jótékony hatására esküszik, míg Langner (2002) a halálfélelmünk leküzdése érdekében a legmegfelelőbb viselkedési módnak tartja a kreatív tevékenységeket (a művészetet, a zenét és az írást), a szeretetet, a humort, az önsegítő csoporthoz való tartozást, a vallást, a sportot, a kirándulást.

Mindmáig nem létezik „arany szabály” arra vonatkozóan, hogyan lehet ezt egy nőnek sikeresen feldolgozni. Mindannyian különböző személyiségjegyekkel bírók, így a velük való foglalkozás a szakemberek részéről is elengedhetlenné teszi egy személyreszóló segítőprogram kialakítását és annak lépésről-lépésre való formálását.

Hitvallásunk szerint, élhet az a mellrákos nő földrajzi szempontból az USA-ban vagy Oroszországban, Kelet- vagy Nyugat-Európában, egyazon – világszer- te alkalmazott onkológiai eljárásokat magába foglaló – protokollrendszer által kezelt. A túléléseért folytatott küzdelemben csupán az különböztet meg egy ma- gyar vagy román nőt egy ausztráliaitól, ahogyan képes megbirkózni e kórral és továbbélni „ráktúlélő”-ként. A lényeg azonban, hogy ne maradjanak egyedül a betegségükkel. Lehetőséget kell teremtenünk számukra úgy az egyéni mint a csoportban történő érzelmi ventillációra és meg kell találnunk számukra a leg- megfelelőbb módot arra, ahogyan „ráktúlélőként” minőségi életet élve a lehető leghosszabb ideig közöttünk maradhassanak.

Irodalomjegyzék

1. Bagdy Emőke (2007): Vitalitásgenerátorok. Szubjektív jóllétérzésünk erősí- tésének és egészséggondozásunk természetes eszközei. In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 239-273.
2. Balega János (2006): Onkopszichológia. In: Molnár Emma, Füredi János, Papp Zoltán (szerk.): Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 151-156.
3. Carver C.S., Scheier M.F. and Weintraub, J.K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
4. Csabai Márta, Molnár Péter (szerk.) (2009): Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia, Medicina Kiadó, Budapest. 74-170.

5. Edelman S. (2005): Relationship between psychological factors and cancer: An update of the evidence. *Clinical Psychologist*, Sidney, Australia. 9. 2. 45-53.
6. Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M. and Boyle P. (2006): Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Oxford Journal. Medicine. Annuals of oncology*. 18. 3. 581-592.
7. Fobair P. (2007): *Oncology Social Work for Survivorship*. In: Ganz P.A. (ed.): *Cancer Survivorship – Today and Tomorrow*, Springer Science + Business Media, LLC New York, USA. 14-27.
8. Green B., Lindy J. D. and Grace M.C. (1985): Posttraumatic stress disorder: toward DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173: 406-411.
9. Langner T.S. (2002): *Choices for living. Coping with Fear of Dying*. Kluwer Academic Publishers, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow. 8-12.
10. Lemon J., Edelman S. and Kidman A.D. (2004): Perception of the „mind-cancer” relationship by members of the public, cancer patients and oncologists. *Journal of Psychosocial Oncology*. 21. 43-58.
11. Massie M.J., Holland J.C. (1990): Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*. 51. 12-19.
12. Pennebaker J.W. (2005): *Rejtett érzelmeink, valódi önmagunk*. Háttérkiadó, Budapest. 43-63.
13. Price M.A., Tennant C.C., Batow P.N., Smith R.C., Kennedy S.J., Kossoff M.B. and Dunn, S.M. (2001a): The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. Life event stressors, social support, defense style and emotional control and their interactions. *Cancer*. 90. 4. 686-697.
14. Riskó Ágnes (1999): *A test, a lélek és a daganat*. Animula Kiadó, Budapest. 21-81.
15. Sárváry Andrea (2011): *Egyén a családban – A családpszichológia alapjai*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 138-140.
16. Stauder Adrienne (2007): Stressz és stresszkezelés. In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 153-176.
17. Szabó Krisztina Gabriella (2001): *A pszichoszociális tényezők szerepe a rákos megbetegedésekben*. Erdélyi Pszichológiai Szemle., Románia 2. 1. 69-90.
18. Szabó Krisztina Gabriella (2011): *Pszichoneuroimmunológia és pszichoonkológia*. In: Vargha Jenő László: *Egészségpszichológia, Egyetemi Jegyzet, Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Románia*. 82-125.
19. Tepperwein K. (1992): *Mit árul el betegséged? A tünetek nyelve*. Hunga-Print Nyomda és Kiadó, Budapest. 173-178.

20. Vargha Jenő László (2011): Kontrollhit. In: Vargha Jenő László: Egészségpszichológia, Egyetemi Jegyzet, Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Románia.
21. www.cancer.gov: Eating Hints – Before, During and After Cancer Treatment. Support for People With Cancer. National Cancer Institute. U.S. Department of Health and Human Services.

Suta Erika: Egészségügyi szociális munkás
Rákosok Román Egyesülete – Kolozsvár

Sárváry Andrea: pszichológus, főiskolai docens
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

